

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE N° 479

POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 juillet 1900, à 1 heure

Par H. CAUSSADE

Né à Totes (Seine-Inférieure) le 15 février 1874.

—**—

DE LA

CÉPHALALGIE URICÉMIQUE
CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges { MM. RAYMOND, professeur.
MÉNÉTRIER et DUPRÉ, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

—❦—
PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

—
1900

479

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 juillet 1900, à 1 heure

Par H. CAUSSADE

Né à Totes (Seine-Inférieure) le 15 février 1874.

—**—

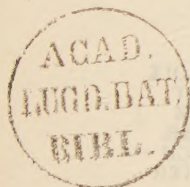
DE LA

CÉPHALALGIE URICÉMIQUE
CHEZ LES ENFANTS

Président : M. DEBOVE, professeur.

Juges { MM. RAYMOND, professeur.
MÉNÉTRIER et DUPRÉ, agrégés.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUBE ET BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	ROUCHARD.
Pathologie médicale.	DEBOVE.
	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.	LANNELONGUE
Anatomie pathologique.	CORNIL.
Histologie.	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils.	TERRIER.
Matière médicale et pharmacologie.	POUCHET.
Thérapeutique.	LANDOUZY
Hygiène.	PROUST.
Médecine légale.	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BRISSAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.	CHANTEMESSE
	POTAIN.
Clinique médicale.	JACCOUD.
	HAYEM.
	DIEULAFOY
	GRANCHER.
Maladie des enfants.	
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux.	FOURNIER.
	RAYMOND.
	BERGER.
Clinique chirurgicale.	DUPLAY.
	LE DENTU
	TILLAX.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements.	BUDIN.
	PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ	LEJARS	THIROLOIX
ACHARD	DUPRÉ	LEPAGE	THOINOT
ALBARRAN	FAURE	MARFAN	VAQUEZ
ANDRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VARNIER
BONNAIRE	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH
BROCA (Aug.)	TOURETTE	MERY	WALTHER
BROCA (André)	HARTMANN	ROGER	WIDAL
BHARRIN	LANGLOIS	SEBILEAU	WURTZ
CHASSEVANT	LAUNOIS	TEISSIER	
DELBET	LEGUEU	THIERY	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1793, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE LE DOCTEUR CLÉMENT CAUSSADE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MA MÈRE

A MON FRÈRE

A MES GRANDS PARENTS

A MONSIEUR AUGUSTE HENAU T

Témoignage d'amitié inaltérable.

A MES AMIS

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A MON EXCELLENT MAÎTRE,
MONSIEUR LE DOCTEUR COMBY,

Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

Médecin des Hôpitaux
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur.

DE LA

CÉPHALALGIE URICÉMIQUE

CHEZ LES ENFANTS

AVANT-PROPOS

Nous ne voulons point entrer dans l'étude de la céphalalgie uricémique chez les enfants sans avoir, au préalable, offert aux maîtres dont les conseils et l'enseignement nous ont été si précieux dans le cours de nos études, l'expression de notre profonde gratitude.

Nous avons suivi pendant trois ans les solides enseignements des Professeurs de la Faculté de Médecine de Paris, et, dans les difficultés de la pratique médicale, nous nous souviendrons de leurs sages conseils. Nous avons, pendant nos trois premières années, suivi les cours de l'Ecole de Médecine de Rouen ; nous adressons aux Professeurs de cette Ecole nos remerciements pour le dévouement avec lequel ils ont guidé nos premiers pas.

En présentant ce travail qui doit terminer nos études médicales, nous sommes heureux de pouvoir affirmer hautement l'existence de ce lien de reconnaissance qui nous lie envers les maîtres dont l'enseignement nous a été si profitable.

Avant d'exprimer à chacun de nos maîtres les remerciements auxquels ils ont droit, nous adressons d'abord à notre Père M. le Docteur Clément Caussade, en même temps que nos remerciements, l'expression de notre profond respect. C'est lui qui nous a enseigné les premiers éléments de l'Art Médical, et qui nous a appris à aimer la profession que nous avons choisie.

Nous adressons nos sincères remerciements à M. le Dr François Hue pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée pendant l'année que nous avons passée dans son service.

Nous adressons à M. le Dr Olivier, dont nous avons été l'élève pendant un an, nos remerciements pour ses bienveillants conseils en même temps que pour son enseignement clinique; nous remercions M. le Dr Halipré de la bienveillance qu'il nous a témoignée pendant son clinicat chez M. le Dr Olivier.

Nous adressons à M. le Dr Brunon, directeur de l'Ecole de médecine de Rouen, nos remerciements pour l'habileté et le dévouement avec lequel il a dirigé nos études médicales; nous avons suivi son service pendant un an, et nous en avons retiré beaucoup de profit.

Nos remerciements s'adressent aussi à M. le Dr Delabost, Directeur honoraire de l'Ecole de médecine de Rouen, et à M. le Dr Cerné, dont l'enseignement nous a été très utile.

Nous adressons nos remerciements à M. le D^r Comby pour la grande bienveillance qu'il nous a témoignée pendant le long séjour que nous avons fait dans son service. Nous le remercions aussi pour l'enseignement clinique et thérapeutique qu'il nous a donné, chaque matin, au lit du malade.

C'est M. le D^r Comby qui nous a suggéré l'idée de cette thèse inaugurale.

Nous avons fait notre stage d'accouchements, dans le service de M. le professeur Maygrier; nous avons suivi avec beaucoup d'intérêt son enseignement sur les femmes en couches et sur les nouveau-nés.

Nous avons suivi le cours pratique de manœuvres obstétricales fait à la Clinique Baudelocque par MM. les D^{rs} Bouffe-de-Saint-Blaise, et Funck-Brentano; nous leur adressons nos remerciements pour leurs bienveillants conseils.

Nous remercions M. le D^r Willemin, médecin consultant à Vichy, de l'amitié qu'il nous a toujours témoignée.

M. le professeur Debove a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Nous remercions ce maître éminent du grand honneur qu'il nous fait.

INTRODUCTION

La céphalalgie est un symptôme qui se retrouve, seul ou associé à d'autres symptômes, dans un certain nombre de maladies de l'enfance.

Nous trouvons la céphalalgie chez les enfants atteints de méningite, ou chez ceux qui présentent une maladie infectieuse, telle que la fièvre typhoïde, etc. Loin de nous la pensée de signaler, dans ce travail, toutes les affections de l'enfance qui comptent la céphalalgie parmi leurs symptômes principaux : nous indiquerons seulement les affections où la céphalalgie est un symptôme intéressant pour le sujet que nous voulons traiter.

Passer en revue ces affections sera l'œuvre de notre introduction ; notre second chapitre contiendra les observations des enfants atteints de céphalalgie uricémique ; le troisième sera réservé à la description de ce syndrome ; les autres chapitres traiteront de l'étiologie, de la pathogénie, du diagnostic et du traitement.

Avant d'aborder la description de la céphalalgie dans chacune des affections où nous pouvons la rencontrer, disons d'abord que la céphalalgie a une valeur séméiologique d'autant plus grande que l'enfant qui en est atteint est plus avancé en âge. La céphalalgie, en effet, est un trouble douloureux subjectif ; plus l'enfant sera avancé

en âge, mieux il rendra compte de ses sensations. C'est donc surtout dans la seconde enfance que ce symptôme acquiert de l'importance.

La céphalalgie peut reconnaître pour cause une lésion organique de la tête; elle peut être attribuée aux maladies infectieuses, à la dyspepsie, aux intoxications, aux anémies.

Les maladies fébriles du poumon et de la plèvre donnent lieu à de la céphalalgie; il en est de même des névroses et des diathèses.

C'est dans les céphalalgies attribuables aux diathèses que nous ferons figurer la céphalalgie uricémique; la céphalalgie uricémique n'est en effet, pour nous, qu'une modalité de l'athritisme chez les enfants.

Même en suivant cet ordre pour passer en revue les différentes maladies de l'enfance dont la céphalalgie est un symptôme, nous pouvons faire quelques omissions; nous n'avons point la prétention de signaler toutes les maladies de l'enfance où la céphalalgie peut figurer à un titre quelconque. Notre but est de signaler les maladies les plus importantes.

De toutes les maladies de l'enfance dont la céphalalgie est liée à une lésion organique de la tête, la méningite, qu'il s'agisse de la méningite aiguë ou de la méningite tuberculeuse, est assurément la plus connue.

Dans les méningites aiguës qui s'observent surtout chez les enfants de cinq à sept ans, nous voyons que la céphalalgie peut être très vive, au point d'arracher à l'enfant des cris aigus.

Dans la méningite tuberculeuse, fréquente surtout de trois à six ans, nous retrouvons la céphalalgie, et, nous la retrouvons au nombre des symptômes de l'invasion de la méningite et de la première période, désignée par M. Marfan sous le nom d'excitation cérébrale diffuse. L'invasion de la méningite, en effet, est marquée outre la fièvre, les vomissements et la constipation, par de la céphalalgie qui persiste dans la première période, et, qui est différemment traduite par les enfants suivant leur âge. Nous voyons le petit enfant frapper la tête contre l'oreiller avec une expression de souffrance ; le sujet un peu plus grand crie : ma tête ! ma tête ! Chez les grands enfants, la céphalalgie peut présenter une grande intensité ; ils accusent, en effet, une douleur lancinante, douleur qui peut être continue ou paroxystique, et qui arrache presque toujours des cris ou des plaintes. C'est dans cette première période que la céphalalgie atteint son maximum, et, ainsi que le fait remarquer M. Marfan, elle s'atténue par la suite et devient un symptôme de second plan.

Les tumeurs cérébrales, que ce soient des tubercules ou des syphilomes, donnent lieu à une céphalalgie, opiniâtre et fixe ; cette céphalalgie indique quelquefois approximativement par son siège la localisation de la tumeur. Elle occupe le front ou les bosses pariétales, s'il s'agit du cerveau, l'occiput si la tumeur intéresse le cervelet.

Dans les maladies infectieuses, fièvre typhoïde, variole, scarlatine, quels seront les caractères de la céphalalgie ?

On observe chez l'adulte la céphalée en même temps que les autres prodromes de la fièvre typhoïde ; chez l'a-

dulte, au début, cette céphalalgie est intense, et, à la période d'état, elle est extrêmement pénible, tandis que chez l'enfant la céphalalgie est modérée ou nulle. D'ailleurs, les formes ataxo-adyamiques de la fièvre typhoïde atteignent peu l'enfance. Notons également la céphalalgie dans la période d'invasion de la variole et de la scarlatine, avec cette réserve, toutefois, que la céphalalgie étant un phénomène subjectif « chez le tout jeune enfant qui ne peut traduire clairement des phénomènes subjectifs, le diagnostic ne saurait être posé clairement avant l'éruption ». (Comby). Dans le rhumatisme, notons que les fluxions articulaires s'annoncent parfois, outre un léger mouvement de fièvre, par un peu de céphalalgie.

La céphalalgie peut également accompagner les troubles digestifs; nous la rencontrons surtout dans l'embarras gastrique et la dyspepsie chronique.

Dans l'embarras gastrique dont le début est annoncé par des prodromes, nous voyons la céphalalgie figurer au nombre de ces prodromes; d'ailleurs dans l'embarras gastrique, à début brusque, l'enfant, en même temps qu'il peut présenter 40°, et, avoir des vomissements alimentaires et bilieux, se plaint de la tête.

La céphalalgie est un des accidents les plus fréquents de la dyspepsie chronique. C'est vers l'âge de dix à douze ans que les enfants présentent cette céphalalgie; néanmoins elle peut être plus précoce. La céphalalgie liée à la dyspepsie chronique occupe toute la calotte crânienne ou se dénonce par des points douloureux aux tempes, au front, et à l'occiput. C'est une céphalalgie presque quotidienne qui peut tourmenter les enfants, soit au moment

des classes et des études, soit à l'occasion des sorties, des promenades, sous l'influence du grand air. Elle s'exaspère souvent après le repas. De plus, cette céphalalgie est souvent accompagnée d'insomnie, d'agitation, de sueurs, et de frayeurs nocturnes.

Les intoxications s'accompagnent souvent de céphalée, et, parmi les intoxications, l'une des plus importantes est sans contredit l'urémie.

L'encéphalopathie urémique, surtout commune dans la néphrite scarlatineuse, s'annonce par un cortège de symptômes qui indique l'intoxication profonde de l'organisme, et dans ce cortège nous trouvons la céphalalgie. Dans la néphrite chronique, nous rencontrons également la céphalalgie ; cependant dans la néphrite chronique, elle n'est point un symptôme de début ; la céphalalgie ne se manifeste que pour attester l'intoxication générale.

La céphalalgie coïncide aussi avec l'anémie ou la chlorose ; c'est alors un symptôme de l'appauvrissement du sang.

Les maladies fébriles du poumon et de la plèvre donnent lieu à de la céphalalgie.

M. Comby a noté 48 fois sur 170 observations la céphalalgie chez les enfants atteints de pneumonie, maladie si fréquente au-dessus de deux ans. Il existe une forme de pneumonie qui peut simuler la méningite, nous voulons parler de la pneumonie à forme cérébrale, et, dans cette forme, la céphalalgie peut être opiniâtre.

Dans la congestion pulmonaire, on note souvent de la céphalalgie.

Dans la granulie, ou mieux dans deux formes de gra-

nulie très bien décrites par MM. les professeurs Grancher et Hutinel, nous retrouvons la céphalalgie parmi les manifestations de cette maladie. La tuberculose infectieuse à forme typhoïde (Grancher et Hutinel) voit figurer la céphalée au nombre de ses symptômes, soit pendant la période prodromique, soit pendant la période d'état. Pendant la période prodromique qui précède l'apparition de la fièvre, l'enfant se plaint, en plus de malaise vague et de fatigue, de céphalalgie.

A la période d'état, nous retrouvons cette même céphalée localisée souvent au front et à la nuque. Dans la seconde forme de granulie, tuberculose infectieuse à forme atténuée (Grancher et Hutinel), nous trouvons la céphalalgie dès le début ; il est à noter que, malgré la fièvre, la céphalalgie ne s'accroît point.

Les enfants atteints de pleurésie séro-fibrineuse se plaignent souvent de douleurs de tête au début de cette affection. C'est, qu'en effet, le début méningitique, cérébral s'observe dans la pleurésie séro-fibrineuse des enfants, bien que le début méningitique, cérébral, soit plus commun dans la pneumonie.

Dans les névroses, chorée, hystérie, épilepsie nous voyons figurer la céphalalgie au nombre de leurs symptômes.

Dans la chorée, la céphalalgie rentre dans le groupe des divers troubles de la sensibilité, qui accompagnent cette névrose. G. Sée a signalé la céphalée ; d'autres auteurs ont décrit des céphalées paroxystiques.

C'est après la grande attaque convulsive que l'enfant accuse de la céphalalgie dans l'épilepsie ; les douleurs de

tête se montrent plus intenses, dans la grande hystérie avant l'attaque. Dans la petite hystérie des enfants, nous trouvons une céphalalgie opiiâtre, céphalalgie qu'on a trop de tendance à mettre sur le compte de la croissance.

Les enfants peuvent, en effet, présenter au moment de la croissance, entre autres troubles morbides, une céphalalgie frontale ou diffuse, en casque, sans prédominance hémicranique. Cette céphalalgie, qui atteint surtout les collégiens, les enfants nerveux, est rémittente, et peut persister pendant des mois, ramenée par les efforts intellectuels, par la lecture, par l'écriture.

Il ne nous reste plus qu'à indiquer les maladies qui, rentrant dans le cadre de la diathèse arthritique, présentent la céphalalgie plus ou moins accusée au nombre de leurs symptômes. Parmi ces maladies diathésiques dépendant de la diathèse arthritique, nous y faisons d'abord rentrer la migraine, parce que, d'après la définition même de la migraine, définition ainsi énoncée : névrose paroxystique, du groupe arthritique, on voit que si les auteurs classent la migraine dans les névroses, ils la considèrent néanmoins, comme une névrose associée à une diathèse. « La migraine tient à la fois au rameau nerveux et au rameau arthritique de la souche commune neuro-arthritique. » (Comby). Ce qui caractérise la migraine, ce sont des accès douloureux héli-crâniens, accès douloureux durant en moyenne vingt-quatre heures et s'accompagnant de nausées et de vomissements. Chez l'enfant, la céphalalgie n'est point aussi nettement héli-cranienne que chez l'adulte.

Dans le diabète, maladie faisant partie de la diathèse arthritique, et qui s'observe surtout chez les enfants âgés de dix ans, nous retrouvons la céphalalgie; cette céphalalgie, parfois tenace, est intense, et, s'accompagne de bourdonnements de brouillards devant les yeux.

La céphalalgie uricémique peut être classée, il nous semble, toutefois, au nombre des céphalalgies de source arthritique; l'étude de cette céphalalgie qui sera faite dans les chapitres suivants nous permettra, nous l'espérons, de le démontrer. Nous verrons que cette céphalalgie uricémique peut n'être qu'une forme de la migraine.

Quoiqu'il en soit, l'Uricémie est une question qui a été bien étudiée par un certain nombre d'auteurs, et, nous nous permettrons de signaler les noms de ceux que nous avons trouvés dans le cours de nos recherches, sans avoir la prétention de pouvoir faire connaître tous ceux qui ont écrit sur cette question. Par ordre de date, nous devons signaler Gigot-Suard qui publia en 1875 un travail sur l'Uricémie; c'est le premier travail qui ait été fait, croyons-nous, du moins, sur l'Uricémie;

C'est, en effet, à partir de 1894 seulement que des auteurs américains ont écrit sur l'Uricémie.

C'est donc à un médecin français, Gigot-Suard, que revient l'honneur d'avoir le premier étudié l'Uricémie dont « le cadre est immense », ainsi qu'il l'a écrit dans l'Introduction de son ouvrage. En 1894, dans *the Journal of the American Association*, paraît un travail de Carter sur « le dérangement of the kidneys in lithaemia of children. » En 1894 un article d'Halley sur l'acide urique dans le sang

comme source de maladie du cœur paraît dans le *Kansas Medical Journal*.

En 1897, Rachford publie dans les *Archives de Pédiatrie*, un travail intitulé : *Symptômes de l'Uricémie*. Hefron fait paraître en 1898 un article sur le traitement de l'Uricémie. En 1899, dans le *North Carolina Medical Journal*, nous trouvons deux articles, le premier d'Ups-hur sur l'Uricémie, le second de John Dunn également sur l'Uricémie, mais sur l'Uricémie « *as the cause of Hay Fever and Asthma* ». La même année, paraît à Londres, dans la *Lancette* une note d'Elgood sur un fatal cas d'empoisonnement par l'Uricémie. Enfin, en 1900, M. le Dr Comby a écrit dans « *International Contributions to Medical Littérature* » et pour le centenaire du professeur Jacobi, un article sur l'Uricémie chez les enfants. M. le Dr Comby a observé chez des enfants une manifestation particulière de l'Uricémie ; ce sont ces cas qu'il a cru devoir réunir sous la dénomination de céphalalgie uricémique. C'est donc à lui que nous sommes redevable de l'idée première de ce travail qui sera limité à la céphalalgie uricémique. Nous n'examinerons point, en effet, avec les différents auteurs toutes les questions qu'ils ont cru devoir soulever à propos de l'Uricémie. Le cadre de l'Uricémie est immense, à écrit Gigot-Suard ; nous restreindrons ce champ si vaste, et nous limiterons notre ambition à l'étude de la céphalalgie uricémique chez les enfants.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Due à l'obligeance de M. le Dr Comby).

Enfant âgé de 8 ans. Père, médecin, goutteux et arthritique. Mère arthritique, eczémateuse. A l'âge de six mois, l'enfant a eu une entérite ; à 4 ans, il a été atteint de broncho-pneumonie.

Actuellement, c'est un enfant très nerveux qui est plus grand que les enfants de son âge ; sa taille est celle d'un enfant de 12 à 14 ans.

Au mois d'août 1898, il a présenté de la céphalalgie ; cette céphalalgie se manifestait par des crises très courtes, crises ayant lieu surtout vers cinq heures du soir. A cette époque, l'enfant était à la campagne ; après trois semaines de séjour au grand air, après des distractions, les crises cessèrent.

Le traitement employé alors fut le suivant : repos à la campagne ; 0,50 centigrammes d'antipyrine par jour. Ce traitement avait été donné par le père de l'enfant qui est médecin.

L'enfant guéri rentra au collège bien portant ; il continue à bien se porter jusqu'au 12 décembre 1898. Le 12 décembre, il se réveille au milieu de la nuit en se plaignant de sa tête et

du ventre. Le lendemain matin, on fait prendre à l'enfant un purgatif ; néanmoins, les douleurs continuent. Cette céphalalgie se manifeste encore cette fois-ci par crises de très courte durée ; quelquefois, ces crises ne durent qu'une seconde. Ces crises présentent donc les mêmes caractères que celles observées pour la première fois au mois de juin. Malgré ces crises, l'enfant est gai ; il prend part aux jeux de ses camarades. Cependant il cesse quelquefois de jouer pour porter la main à sa tête en disant : ho, là là ma tête ; puis il reprend ses jeux et se plaint à peine. Toutes les crises n'ont point présenté cette même bénignité ; quelques-unes ont été plus longues ; d'autres se sont renouvelées à des intervalles plus rapprochés.

Quinze jours après le début de ces crises, celles-ci ne reviennent plus que deux ou trois fois par jour. L'enfant paraissait donc guéri, lorsque, sous l'influence d'une chute sur une chaise, chute qui fut assez forte pour produire une contusion et amener une ecchymose à l'angle externe de l'œil, les crises redeviennent, dès le lendemain, plus intenses et plus fréquentes ; elles diminuent un jour et reparaissent le lendemain. Ces crises ont la rapidité de l'éclair et ressemblent à de véritables crises névralgiques.

L'enfant a toujours eu bon appétit ; jamais de vomissements ; il n'a point maigri ; point de constipation ; point de fièvre. Aucune douleur dans les membres. Pouls régulier. Rien au cœur ; rien aux poumons. Jamais, l'enfant n'a présenté de l'abattement ; toujours gai, souvent même très gai, il continue à prendre part aux jeux des enfants de son âge, et, c'est au moment de l'apparition de la crise qu'il s'arrête de jouer.

Excepté la nuit du 28 décembre, nuit dans le cours de laquelle l'enfant s'est réveillé pour se plaindre de la tête, excepté cette nuit là, les nuits, sont bonnes ; jamais, l'enfant ne s'est réveillé.

L'enfant a présenté quelques soubresauts, quelques mouvements nerveux ; ses yeux ont été également agités de mouvements ; il tournait les yeux dans l'orbite. Point d'inégalité pupillaire.

Au début, il avait une toux nerveuse, un véritable aboiement rappelant la toux hystérique.

Depuis le 12 décembre 1898, époque à laquelle l'enfant eut sa première crise, les crises n'ont point cessé, et persistent encore le 12 janvier 1899.

Pendant toute cette période le traitement consista en un gramme de bromure de potassium que l'enfant prenait tous les soirs ; chaque matin, on donnait à l'enfant 0,50 centigrammes d'antipyrine, et, du glycérophosphate de chaux.

L'état de l'enfant ne s'améliorant point, une analyse d'urine fut faite sur les conseils de M. le Docteur Comby. Cette analyse a porté sur 824 grammes d'urine.

L'analyse d'urine révéla d'abord que la densité à $+ 15^{\circ}$ de l'urine était de 1028. Il y avait, en outre, trente-trois grammes trente d'urée par litre ; en vingt-quatre heures, l'urée atteignait le chiffre de 27 grammes 43. L'acide urique s'élevait par litre à 0 gr., 52 et, par vingt-quatre heures à 0 gr., 428. Il y avait des traces infinitésimales d'albumine ; point de glycose ; point de pigments biliaires. La réaction d'Heller (acide azotique nitreux) donne un anneau caractéristique des urates ; il y avait donc excès d'acide urique à l'état d'urates. Cette analyse d'urine fut faite le 12 janvier 1899.

Le résultat de cette analyse influa sur le traitement, et, voici celui que conseilla M. le Docteur Comby.

Traitement. — 1° Régime alimentaire. Régime végétarien. Œufs ; légumes. Viande blanche. Boisson : de l'eau ou du lait.

2°. — Bicarbonate de soude, 0,25 centigrammes, pour un cachet ; deux cachets par jour.

3° chaque jour une séance de drap mouillé d'une heure.

20 janvier 1899. — Le traitement commencé le 12 janvier 1899 améliora l'enfant, au point que le 20 janvier, il n'y avait plus qu'une ou deux crises par jour, crises qui revêtaient parfois encore un caractère aigu. Cependant, quelques jours plus tard, le traitement précédent ayant été abandonné, et, l'enfant ayant repris son régime ordinaire, les crises reparaissent de nouveau. Elles se succèdent chaque demi-heure, et, sont très aiguës et de courte durée, sans que la gaieté, et l'entrain de l'enfant cessent ; l'état général est parfait. Le traitement indiqué plus haut est repris, et, les crises diminuent peu à peu de nombre, d'intensité et de durée.

Dans la première semaine de février, il n'y a eu que deux ou trois petites crises. Le 6 février, nouvelle analyse d'urine. La densité de l'urine qui était le 12 janvier de 1028 est tombée à 1024. Il y a encore 18 grammes d'urée par litre, et 27 grammes 25 par 24 heures ; on trouve encore 0 gr. 53 d'acide urique par litre et 0 gr. 51 par 24 heures.

On trouve en plus 3 grammes d'acide phosphorique par litre, et, 3 grammes 12 par vingt-quatre heures. Point d'alumine ; ni glycose, ni pigments biliaires.

Le même traitement est conseillé et suivi. L'enfant s'améliore peu à peu, et le 8 mars, il n'y a plus de crises. L'état général est parfait.

Les urines sont entièrement chargées. La quantité des urines émises en 24 heures s'élève à 1600 grammes ; précédemment, cette quantité était seulement de 800 grammes.

Il n'y a plus que 14 grammes d'urée par litre, et, la densité de l'urine est de 1017.

OBSERVATION II

Due à l'obligeance de M. le Dr Comby.

28 juin 1899. — Garçon âgé de 9 ans. Le père de l'enfant, âgé de 56 ans, est obèse ; il pèse 105 kilogrammes ; en outre, il a eu des accès de goutte, des coliques néphrétiques, de l'urticaire.

La mère, âgée de 42 ans, nerveuse, est forte et obèse, quoique à un moindre degré ; elle est rhumatisante ; elle a eu de l'ictère.

Trois autres enfants. L'un de ces enfants, à 4 ans, à la suite d'une frayeur, est devenu diabétique, et a eu de la glycosurie pendant 4 ou 5 ans ; il a eu jusqu'à 60 grammes de sucre par litre. Actuellement, il est fort, vigoureux, sans glycosurie ; il a 17 ans, et il peut être considéré comme guéri de son diabète.

L'enfant, venu à terme, a été nourri au sein par sa mère jusqu'à 13 mois ; il n'aurait marché qu'à 17 mois et n'aurait eu sa première dent qu'à 11 mois. Ses frères ont été dans les mêmes conditions que lui.

A 6 mois, entérite. Vers l'âge de six semaines, eczéma des membres supérieurs et de la face ; cet eczéma a persisté jusqu'à l'âge de 4 ans ; il était très prurigineux. Il y a

quelques mois, l'enfant a présenté une attaque de rhumatisme articulaire ayant frappé les membres inférieurs : fièvre, gonflement des jointures. On a donné du salicylate de soude.

Depuis 7 à 8 mois, crises de céphalalgie, revenant irrégulièrement, parfois plusieurs fois par jour occupant le sommet de la tête, empêchant l'enfant de travailler. C'est d'ailleurs un garçon nerveux, agité, ayant des terreurs nocturnes, turbulent, toujours en mouvement. Il mange peu et boit beaucoup ; on lui laisse prendre du café avec parfois un peu de cognac. Constipation habituelle.

Etat actuel. — Enfant bien développé ; joues colorées ; embonpoint moyen. Pas de stigmates de rachitisme. Auscultation du cœur et des poumons négative. Examen de l'estomac négatif aussi ; il est vrai que l'enfant se raidit. Rien du côté des organes des sens. Eczéma lichénoïde à la face interne des cuisses. En somme, on ne trouve rien en dehors des phénomènes subjectifs.

M. le docteur Comby conseille une analyse d'urine, et prescrit en attendant : 1° régime végétarien mitigé ; 2° bicarbonate de soude et magnésie ; noix vomique ; 3° Eau d'Evian ; ni vin ; ni alcool ; rationnement des liquides (un verre par repas), 4° pommade à l'oxyde de zinc pour l'eczéma et poudrage.

Les urines provenant d'émissions différentes ont présenté les caractères suivants :

La densité est de 1034 ; ni sucre ; ni albumine ; les phosphates sont nombreux ; les urates en grande quantité.

OBSERVATION III

(Due à l'obligeance de M. le D^r Comby)

24 juillet 1900.— Garçon de 12 ans 1/2, de famille israélite, arthritique et nerveuse; une sœur, de 10 ans 1/2, dilatation de l'estomac; entérite muco-membraneuse; rein mobile.

Depuis dix-huit mois, cet enfant a tous les mois, toutes les six semaines, tous les deux mois, des crises atroces de céphalée durant 7, 8, 10 jours parfois et revenant avec une certaine périodicité. Pas de nausées, pas de vomissements. Les crises ont été si fortes que l'enfant a été retiré du collège. C'est un gros mangeur, glouton, mangeant surtout de la viande; ses urines sont épaisses, et parfois louches et troubles. On doit les faire analyser. En dehors de ces crises de céphalalgie, l'enfant se plaint de sensation de brûlure, remontant le long du sternum (pyrosis).

Il a d'ailleurs toutes les apparences de la santé; il est grand, fort, plein d'entrain, faisant un peu de bicyclette.

Traitement. — Suppression des viandes rouges, des tomates, oscille etc. On permet purées de légumes, œufs, viandes blanches, pain grillé avec rationnement des liquides.

Pas de vin pur; pas d'alcool.

Nota Bené. — M. le D^r Comby avait prescrit une analyse d'urine; cette analyse ne lui a point été envoyée.

OBSERVATION IV

(Due à l'obligeance de M. le Dr Comby).

17 octobre 1899. — Fille de huit ans, grande et forte, née de parents sains, mais arthritiques.

Dyspeptique ; il y a un an, elle a eu de l'ictère. Hypertrophie des amygdales a amené l'atrophie des glandes et amélioré la respiration. Constipation opiniâtre. L'enfant ayant eu la coqueluche au printemps dernier, l'enfant a été passer quelques jours à la campagne. Là, elle a mangé beaucoup. Elle est revenue à la fin de septembre grosse et grasse. Depuis son retour à Paris, amaigrissement (700 grammes). La constipation qui avait disparu à la campagne a reparu. Depuis quinze jours, à cinq ou six reprises, douleurs de tête à crier, durant quinze minutes, vingt minutes, revenant surtout le soir.

Il y a quinze jours, la douleur était si forte qu'on a donné 0. 50 centigrammes d'antipyrine.

Enfant pâle, mais sans anémie ; pas de souffle au cœur, ni dans les vaisseaux du cou. Arythmie cardiaque ancienne sans bruit anormaux.

Le foie ne dépasse pas les fausses côtes.

Les urines sont un peu foncées depuis quelques jours.

Analyse d'Urine du 20 octobre :

Acidité forte avec 1 gr. 10 d'acide.

Densité forte (1024). Urée 16 gr. 40. Acide urique 0 gr. 35. Acide phosphorique 2 gr. 40 ; acide sulfurique, 1 gr. 80 ; chlore 14 gr. 10 ; chlorure de sodium 6 gr. 30. Traces d'albumine évaluées à 5 centigrammes par litre.

Dans une précédente analyse faite il y a 8 mois les proportions d'urée, de phosphates, de sulfates, de chlorures étaient beaucoup moindres.

Il y avait des traces d'albumine. L'acidité oxalique n'était pas signalée.

Cette analyse fut faite dans le cours du mois de février, et, voici ce que nous y relevons :

Il y a 13 grammes d'urée. Acide urique 0 gr 35 ; acide phosphorique 0 gr. 90 ; acide sulfurique 1 gr. 10 ; chlorure de sodium ; 3 gr. 45 ; chlore 2 gr. 30.

DESCRIPTION DU SYNDROME

Les observations que nous venons de relater montrent bien qu'il existe, chez les enfants de souche neuro-arthritique qui présentent de l'intoxication uricémique, une céphalalgie paroxystique dont l'intensité est parfois très grande. Cependant, avant d'entrer dans la description de ce syndrome, nous pouvons nous demander si ce type clinique de céphalalgie constitue un type irréductible à tout autre manifestation de l'arthritisme déjà connue ; en un mot, si cette céphalalgie uricémique constitue une forme de céphalalgie distincte de toutes les autres formes de céphalalgie connues en tant que manifestation arthritique : ou bien, n'est-elle qu'une forme d'une céphalalgie qui se rencontre chez les arthritiques, et, peut-elle par suite s'y rattacher ?

Dans un article fort intéressant des *archives of Pediatrics*, septembre 1897 (*Symptomatology of lithaemia*) (symptomatologie de l'uricémie), le Dr Rachford, passant en revue les diverses manifestations de la lithémie (Uricémie), a cru devoir écrire ce qui suit au sujet de la migraine. Pour Rachford, en effet, la migraine est un « symptôme » commun de l'uricémie ; et, il distingue dans la migraine deux types cliniques distincts.

« Les maux de tête lithémiques, (migraine) dit-il, pré-

« sentent deux types cliniques distincts : 1° Il y a le mal
« de tête avec envie de vomir ; c'est un violent mal de
« tête, accompagné de nausées ou de vomissements en
« plus ou moins grand nombre ; ce mal de tête survient
« par paroxysmes ».

Nous retrouvons donc ici la migraine caractérisée par des maux de tête uni-latéraux et paroxystiques avec nausées et vomissements.

Rachford ajoute : « L'autre type distinct de la cépha-
« lalgie se rattachant à la lithémie peut s'appeler névral-
« gie migranoïde. Dans cette forme de maladie, nous avons
« un violent mal de tête paroxystique, avec cette diffé-
« rence qu'il ne s'y joint aucun symptôme gastrique ».

Il n'y a donc que de la céphalalgie sans nausées, sans vomissements.

Pour nous, et c'est l'avis de M. le Dr Comby, la céphalalgie uricémique dont nous rapportons quatre observations, se rattache à ce type clinique signalé par Rachford ; nous admettons donc la division de Rachford, et, nous disons que la céphalalgie uricémique, n'est suivant l'expression de Rachford qu'une névralgie migranoïde. Dans l'observation I, l'enfant a présenté, à un moment donné, des crises de céphalalgie uricémique ressemblant à de véritables crises névralgiques ayant la rapidité de l'éclair.

La céphalalgie uricémique étant ainsi classée dans le cadre nosologique, nous allons pouvoir en donner une description d'ensemble. Dans notre Introduction, nous avons rangé la céphalalgie uricémique au nombre des céphalalgies dues aux diathèses, et nous avons dit que la céphalalgie uricémique n'était sans doute qu'une forme,

qu'un type clinique de la migraine, nous réservant, à propos de la description du syndrome, d'exposer comment il pouvait en être ainsi.

Un enfant, le plus souvent nerveux et fort, est pris, tout-à-coup, dans le cours d'une excellente santé, ou à la suite de quelques malaises, d'une céphalalgie douloureuse, pénible, atroce.

Cette céphalalgie apparaît sous forme de crises, crises qui ont lieu spontanément, et, qu'aucune cause occasionnelle ne paraît devoir susciter ; néanmoins, dans l'Observation I, sous l'influence d'une chute qui déterminait une ecchymose à l'angle externe de l'œil, les crises qui avaient cessé reparurent.

L'intensité de ses crises est variable. Elles peuvent être atroces au point d'arracher des cris de souffrance à l'enfant ; dans d'autre cas, au contraire, ces crises sont plus ou moins douloureuses ; ou bien, des crises d'une grande intensité alternent avec des crises d'intensité moindre.

Dans les observations que nous rapportons, la céphalalgie se manifestait de préférence sous forme de crises douloureuses, paroxystiques.

Si l'intensité de ces crises est variable, leur durée ne l'est pas moindre. Tantôt chaque crise de céphalalgie peut durer 15, voire même vingt minutes ; tantôt, chaque crise ressemble à une véritable crise névralgique, et à la rapidité de l'éclair. Quel que soit le mode de durée de chacune des crises, elles peuvent persister pendant de longs mois.

L'enfant qui fait l'objet de notre première observation

a souffert des crises de céphalalgie pendant huit mois ; pendant huit mois également, notre second malade a présenté des crises de céphalalgie. Notre troisième malade avait des crises de céphalalgie depuis dix-huit mois, lorsqu'il est venu consulter. Les crises de céphalalgie de notre quatrième malade étaient d'origine récente.

Ces crises de céphalalgie paraissent donc très tenaces ; et cependant, elles disparaissent avec un traitement approprié à l'Uricémie.

Nous n'avons jamais eu l'occasion d'observer, chez des enfants uricémiques présentant des crises de céphalalgie, des nausées, des vomissements, en même temps que de la céphalalgie. Même chez les enfants dyspeptiques souffrant de crises de céphalalgie uricémique, nous n'avons point noté de vomissements ou des nausées au moment de ces crises ; néanmoins, l'enfant qui fait l'objet de l'observation trois se plaignait de pyrosis.

Ce pyrosis est, pour nous, aussi une manifestation uricémique. En effet, nous lisons dans l'article publié par Upshur sous le titre « Lithaemia » ce qui suit : « quelques-uns des cas de dyspepsie acide qui tombe sous l'observation doivent être clairement rapportés à l'élimination de l'acide urique, et ne sont point susceptibles des remèdes ordinaires. La brûlure est plus intense, il y a une sensation de brûlure dans l'estomac alternant parfois avec des nausées et accompagnées de démangeaisons etc. C'est ce qui a lieu chez notre enfant qui fait l'objet de l'observation III.

Seulement, ce pyrosis apparaissait en dehors des crises de céphalalgie. Nous sommes donc autorisés à dire que

cette céphalalgie uricémique, très violente, sans nausées, sans vomissements, appartient au type clinique décrit par Rachford sous le nom of « migrainous neuralgia ». En outre, cette céphalalgie n'est point hémi-crânienne ; elle est diffuse, et, dans un seul cas (Observation IV), elle était localisée au sommet de la tête.

On peut observer un autre caractère de la céphalalgie uricémique, c'est la périodicité. L'observation III nous montre un enfant qui, depuis dix-huit mois, souffre tous les mois, toutes les six semaines, tous les deux mois de crises atroces de céphalée qui durent 7, 8, 10 jours parfois, et, reviennent avec une certaine périodicité. Il est juste de dire que c'est le seul malade qui eut présenté ce symptôme. Enfin dans l'intervalle des accès, la santé est excellente. Ce sont des enfants bien développés, forts, et qui, en dehors des crises de céphalalgie, ne présentent aucun autre phénomène morbide ; un seul avait du pyrosis en dehors des crises de céphalalgie.

Autour de ce symptôme principal, la céphalalgie, peuvent se grouper d'autres manifestations. Il en est de même dans le vomissement uricémique ; ce qui se passe dans le vomissement uricémique se retrouve dans la céphalalgie. Dans le vomissement uricémique, c'est ce vomissement, avec ses caractères particuliers, sur lesquels nous n'avons point à insister ici, qui constitue la manifestation principale de l'uricémie : c'est ce vomissement qui traduit, qui révèle, pour ainsi dire l'existence de l'intoxication uricémique. Et cependant, chez les enfants qui sont atteints de vomissements uricémiques, enfants chez lesquels une constipation habituelle est

associée aux vomissements, d'où le terme de choléra sec (Hutinel) qui pourrait être réservé à certains cas, gravitent d'autres manifestations telles que les convulsions, la céphalalgie, la gastralgie, la faiblesse et l'irrégularité du pouls, etc.

Dans la céphalalgie uricémique, nous voyons qu'autour de ce symptôme, peuvent se grouper d'autres manifestations, qui se rattachent à la même cause, c'est-à-dire à l'Uricémie, bien que ces manifestations soient secondaires, et, que, seule, la céphalalgie domine toute la scène. Dans l'observation I, nous trouvons que notre petit malade, outre la céphalalgie, a présenté quelques soubresauts, quelques mouvements nerveux ; les yeux de l'enfant ont été agités de mouvements ; suivant l'expression des parents l'enfant tournait ses yeux dans l'orbite. Point d'inégalité pupillaire. Au début il avait une toux nerveuse, un véritable aboiement rappelant la toux hystérique. Dans l'observation II, l'enfant atteint de céphalalgie, présentait en même temps de l'eczéma arthritique. Et Rachford lui-même avait bien vu que l'eczéma pouvait être une manifestation de l'Uricémie, puisque dans son article intitulé « *Symptomatology of lithaemia* », il a écrit ce qui suit : « Ce type d'eczéma « lithémique apparaît chez les enfants bien nourris et de santé exubérante, mais ayant des ancêtres lithémiques ». Dans l'observation III l'enfant, en dehors des crises de céphalalgie, se plaint de pyrosis.

Enfin, dans l'observation IV, nous trouvons de l'arythmie cardiaque ancienne sans bruits anormaux, point de souffle au cœur ; point de souffle dans les vaisseaux du cou.

Telles sont les manifestations principales qui peuvent se grouper autour de la céphalalgie ; sans doute, c'est la céphalalgie qui attire tout d'abord l'attention du clinicien et, c'est de ces crises de céphalalgie dont souffrent surtout les enfants. Néanmoins, on voit comment d'autres symptômes, nerveux ou autres, peuvent se grouper secondairement autour de ces crises de céphalalgie. Il faut donc examiner avec soin chaque organe ; bien souvent, cet examen sera négatif. Il peut arriver aussi que cet examen mette sur la voie d'un symptôme qui aurait pu passer inaperçu. C'est ainsi que l'analyse des urines servira d'appui au diagnostic clinique ; la température pourra également être recherchée ; nous n'avons jamais eu à noter de fièvre.

En résumé, une céphalalgie atroce, pouvant revenir dans quelques cas avec une certaine périodicité, n'étant calmée que par un traitement s'adressant à la cause, c'est-à-dire à l'Uricémie, et, survenant chez des enfants qui, en dehors de ces crises de céphalalgie, sont en excellente santé, présente tous les caractères de la céphalalgie uricémique.

ÉTIOLOGIE. — PATHOGÉNIE

Ce qui domine chez les enfants uricémiques, c'est qu'ils sont tous issus de parents ayant présenté et présentant même quelquefois encore au moment où leurs enfants sont atteints d'uricémie, des manifestations classées sous le nom de manifestations arthritiques.

Les enfants héritent donc de leurs parents d'une prédisposition à contracter une affection de même nature que la leur. Les enfants peuvent hériter de la même affection que leurs parents, ou peuvent présenter une affection autre ; néanmoins cette affection se rattache toujours, dans ce cas, au groupe des manifestations arthritiques.

Dans le premier cas, il y a eu ce qu'on appelle une hérédité homéomorphe ; dans le second, il y a eu hérédité hétéromorphe.

Chez nos malades, nous retrouvons toujours l'hérédité ; dans toutes nos observations, nous voyons toujours que l'hérédité est en cause.

Un de nos malades (Observ. I) a son père goutteux ; quant à sa mère, elle est arthritique, et présente de l'eczéma reconnaissant la même cause, c'est-à-dire l'arthritisme.

Le père d'un autre de nos malades était obèse, il pesait cent cinq kilogrammes, il avait eu des accès de goutte.

des coliques néphritiques, de l'urticaire. Sa mère était forte, obèse, à un moindre degré cependant; elle était rhumatisante et avait eu de l'ictère (Obs. II).

Le troisième de nos malades, de famille israélite, avait, ainsi que l'observation le relève, des antécédents arthritiques et nerveux. M. le professeur Bouchard, a mentionné, en effet, la fréquence de l'arthritisme dans la race Juive, « citadine par excellence, surmenée cérébralement, sédentaire, aimant les bons repas. » Comby.

L'observation IV ne fait que signaler l'arthritisme des parents. On voit donc que l'hérédité ici est en jeu, et, que si nous pouvons également invoquer des causes occasionnelles pour expliquer la céphalalgie uricémique ou l'Uricémie, nous pouvons dire néanmoins que l'hérédité, la prédisposition héréditaire, favorise singulièrement l'éclosion de cette manifestation arthritique. Ici, dans les cas que nous rapportons, c'est l'hérédité hétéromorphe qui est en cause. Et, dans deux au moins de nos observations, nous voyons que le père et la mère étaient tous deux des arthritiques, ce qui ne pouvait que favoriser l'éclosion d'une manifestation arthritique. En effet, « si le père et la mère sont tous les deux arthritiques, leur descendance est plus exposée que si un seul des générateurs est atteint ». Comby.

Il en résulte donc manifestement que dans la céphalalgie uricémique, dans l'uricémie, l'hérédité joue un rôle dominant, puisque tous nos malades qui ont présenté de la céphalalgie uricémique, de l'uricémie étaient tous issus de parents ayant des manifestations arthritiques telles que la goutte, l'eczéma, l'obésité, les coliques

néphrétiques, etc. L'hérédité joue donc un rôle dominant, et, cependant, nous devons dire, qu'à la prédisposition innée, prédisposition qui est d'abord latente, et, qui ne se manifeste que dans la seconde enfance, plus souvent chez les garçons que chez les filles, bien que ces dernières soient loin d'être épargnées, viennent s'ajouter des causes occasionnelles ; et, au nombre de ces causes, nous rangeons en première ligne la mauvaise hygiène alimentaire. Tous nos malades avaient une mauvaise hygiène alimentaire ; ils mangeaient trop ; ils buvaient trop. Tous étaient de gros mangeurs, ou de grands buveurs. Dans l'observation III, nous lisons : L'enfant est un gros mangeur, glouton, mangeant surtout de la viande. L'observation II nous montre un enfant mangeant peu, mais buvant beaucoup ; il prenait même du café avec parfois un peu de cognac.

Ainsi chez nos malades, nous voyons nettement deux influences, et, l'influence de l'hérédité d'une part, et l'influence du mauvais régime alimentaire, d'autre part. Il est incontestable que chez nos malades, ces deux causes sont étroitement liées l'une à l'autre ; et, si nos malades sont devenus uricémiques, c'est qu'étant issus de parents arthritiques ils ont suivi un mauvais régime alimentaire.

Comment agit cette mauvaise hygiène alimentaire ?

Nous empruntons ce qui suit à l'article de Monsieur le Docteur Comby, article publié dans « *International contribution to Medical Literature* » et, qu'il a bien voulu nous communiquer.

Cet article est intitulé : *L'Uricémie chez les enfants*.

M. le Docteur Comby, après avoir montré le rôle de l'hérédité dans l'Uricémie, après avoir montré que les influences accidentelles peuvent s'ajouter à l'hérédité au point d'enrichir l'héritage d'acquisitions personnelles, ajoute que la maladie peut quelquefois s'acquérir de toutes pièces. « L'hygiène alimentaire, dit-il, doit être mise au premier rang des causes de l'Uricémie acquise ». Chez nos malades nous avons su qu'il ne s'agissait point à proprement parler d'Uricémie acquise, puisque l'hérédité chez eux jouait un rôle dominant, et que la mauvaise hygiène alimentaire n'était que le facteur qui avait rompu l'équilibre de l'organisme. Néanmoins, voyons comment dans l'Uricémie acquise, la mauvaise hygiène alimentaire agit ; hérédité à part, cette mauvaise hygiène doit agir de même chez nos malades, il nous semble toutefois.

« Si l'enfant, dit M. le Dr Comby, a mangé trop tôt des
« substances trop azotées, trop fortes, trop abondantes ;
« si ces capacités digestives, ses facultés d'assimilation,
« de combustion organique ont été dépassées ; s'il n'a pu
« utiliser parfaitement, ni éliminer suffisamment des ali-
« ments ingérés sans mesure ; s'il a ainsi fait de la sur-
« charge graisseuse, encombré et irrité les cellules de
« son foie, de ses reins, de son cerveau ; s'il est empoi-
« sonné lui-même par les déchets de la suralimentation ;
« alors il pourra présenter : la céphalalgie périodique, les
« vomissements cycliques, les convulsions, l'albuminu-
« rie, les troubles urinaires et autres manifestations
« de la dyscrasie urique ».

Ainsi, dans l'étiologie, nous trouvons l'hérédité d'une

part, et l'influence du mauvais régime alimentaire : en cherchant à expliquer l'influence du mauvais régime alimentaire, nous avons soulevé la pathogénie de cette question ; et, c'est la pathogénie qu'il nous faut aborder maintenant.

La pathogénie va nécessairement reposer sur l'interprétation des analyses d'urines qui accompagnent nos observations ; nous resterons, bien entendu, autant que possible, sur le terrain clinique de la question.

L'analyse d'urine de notre malade qui fait l'objet de la première observation a donné les résultats suivants pour un litre d'urine : densité à 15° 1028 ; une augmentation d'urée : trente-trois grammes ; acide urique 0 gr. 52 ; traces d'albumine ; excès d'urates. C'est le résultat de l'analyse du 19 janvier 1895. Ce résultat a montré une augmentation de l'acidité, de la densité, de l'urée, des urates (excès d'acide urique à l'état d'urates) et enfin des traces d'albumine.

L'analyse d'urines de l'observation II a donné les résultats suivants : densité 1034 ; ni sucre ; ni albumine ; les phosphates sont nombreux ; les urates en grande quantité.

L'analyse d'urine de l'observation III manque.

Chez la malade qui fait l'objet de l'observation IV, nous trouvons que l'analyse d'urine a donné les résultats suivants : acidité forte avec 1 gr. 10 d'acide oxalique par litre, densité 1024 ; acide urique 0 gr. 35 ; excès de phosphates et de chlorures ; 16 grammes 1/2 d'urée ; 5 centigrammes d'albumine par litre. Cette analyse d'urine fut faite le 20 octobre ; huit mois auparavant, une autre ana-

lyse avait été faite, et, cette analyse avait permis de constater que les traces d'albumine existaient déjà à ce moment là.

Les résultats de nos analyses d'urine concordent-ils avec les résultats des auteurs qui se sont occupés de l'uricémie ?

« L'urine excrétée, dit Rachford, pendant les paroxysmes lithémiques est généralement de petite quantité et « souvent de réaction peu acide. Elle est fortement colorée ; sa densité spécifique est généralement très augmentée, et, au repos, il y a un lourd dépôt d'urates. Dans « les urines émises immédiatement après les maux de tête « lithémiques, les épilepsies lithémiques, et, dans d'autres « manifestations lithémiques des plus sérieuses, la xanthine, la paraxanthine, l'hétéroxanthine peuvent être « trouvés en excès énorme eu égard aux quantités normales de ces substances que l'on trouve dans les urines « des individus non lithémiques ».

De même que Rachford, nous trouvons une urine colorée. Les urines de nos malades correspondent au n° 3 de la table de Vogel ; de même que Rachford, nous trouvons que la densité des urines de nos malades est très augmentée ; de même que Rachford, nous trouvons que les urines de nos malades, ont un excès d'accès urique à l'état d'urates. En outre, nous avons trouvé de l'acide urique lui-même en excès, et des traces d'albumine. Rachford, de son côté, signale la xanthine, la paraxanthine, l'hétéroxanthine en excès. A ce propos, M. le Dr Comby, dans son article sur l'uricémie, dit que l'analyse de la xan-

thine, des leucomaïnes dans les urines offre trop de difficultés pour être faite couramment.

La présence en excès dans les urines d'acide urique a fait dire que ce corps était la cause des manifestations uricémiques. Pour Gigot-Suard, en effet l'Uricémie, c'est « l'état de l'organisme qui a la saturation urique du sang pour caractère essentiel ». Le même auteur dit encore plus loin : « C'est à cette viciation du sang par les urates en excès que j'ai donné le premier le nom d'Uricémie ». Heffron, dans un article intitulé : « *The treatment of Uricacidaemia* », définit ainsi l'Uricémie :

« C'est un excès d'acide urique dû à l'augmentation des urates, de sorte que l'acide urique libre est en trop grande quantité dans le sang ou déposé dans les tissus ».

Pour Rachford, l'uricémie, c'est « un excès de corps alloxuriques » dans le sang. Rachford, en effet, incrimine non seulement l'acide urique et ses composés ; il incrimine encore des poisons plus diffusibles, tels que la xanthine, la paraxanthine et l'hétéroxanthine.

En résumé, à part le Dr Rachford, la plupart des auteurs font jouer à l'acide urique le rôle prédominant dans l'uricémie ; d'où vient donc l'acide urique ?

Ici nous trouvons deux grandes théories.

L'acide urique est un produit de dédoublement des nucléïnes ; ce dédoublement donne lieu, outre l'acide urique, aux bases xanthiques (xanthine, hypoxanthine, adénine, guanine), qui sont très voisines de l'acide urique.

Horbaczewski a vu en effet, dans l'acide urique et les

corps xanthiques de l'urine, les produits de la dessassimilation des nucléïnes.

Les leucocythémiques ont leur urine chargée de quantités énormes d'acide urique, « en même temps que le sang, dans lequel abondent les globules blancs, c'est-à-dire des éléments riches en nucléïnes, se charge de corps du groupe xanthique (hypoxanthine, adénine) » (Lambling) ».

Nous ne pouvons, dans une thèse qui doit rester sur le terrain clinique, entrer dans le détail des expériences qui ont été faites sur ce sujet ; nous ne pouvons que signaler les grandes lignes de chaque théorie. En tout cas, il était intéressant pour nous de savoir si les nucléïnes de l'alimentation augmentaient l'excrétion de l'acide urique, puisque nous incriminons la mauvaise hygiène alimentaire.

« Disons immédiatement qu'ici deux théories sont en présence. Pour les uns, l'acide urique résulte directement de la dessassimilation des nucléïnes contenues dans nos aliments. Pour les autres, cette action de l'alimentation n'est qu'indirecte. L'acide augmente, quand il y a leucocytose active, c'est-à-dire quand un grand nombre de globules blancs affluent vers le sang et circulent dans cette humeur pour se détruire ensuite. Un aliment n'augmente donc l'excrétion de l'acide urique que dans la mesure où il augmente cette leucocytose. L'action exercée par les aliments riches en nucléïnes sur l'excrétion de l'acide urique, quelle que soit l'explication qu'on en donne, paraît donc un fait bien établi » « Lambling ».

Pour Pace et Zagari, entre la leucocytose et l'excrétion de l'acide urique, il n'y a point de relation constante.

Ce qui détermine avant tout, pour ces auteurs, la production exagérée d'acide urique, c'est la quantité de nucléïnes que l'alimentation introduit dans l'organisme. Les corps alloxuriques (acide urique et corps xanthiques) résultent, pour ces auteurs, de la désagrégation des nucléïnes. Une fraction de l'azote des nucléïnes, tout l'azote de ces dernières ne prenant point le chemin des corps alloxuriques serait éliminée sous forme d'urée. « D'après
« cette théorie, l'acide urique ne serait plus un produit
« de la dessassimilation des matières albuminoïdes en général, mais représenterait un déchet provenant de la
« désagrégation de nucléïnes » « Lambling ».

Nous n'avons qu'à retenir de tout ce qui précède que les nucléïnes de l'alimentation augmentent d'autant plus l'excrétion des corps alloxuriques que l'alimentation contient davantage de nucléïnes.

Il semble donc que Rachford ait eu raison d'incriminer et l'acide urique et les corps xanthiques. Rachford, a d'ailleurs, en répondant à une question du Dr Rotch, donné son opinion concernant l'alimentation et l'excrétion des corps alloxuriques.

« Il y a beaucoup de questions concernant la formation
« de l'acide urique et celle des autres corps alloxuriques
« dit Rachford, questions qui ne sont point définitivement
« tranchées; néanmoins, elles sont en quelque sorte rattachées au métabolisme azoté; c'est parfaitement exact.
« Plus il y a de matériaux protéïques dans l'organisme,
« matériaux destinés à se métaboliser, plus nous devons

« avoir naturellement un excès de ces corps. On peut
« de cette manière expliquer la parenté qui existe entre
« les attaques lithémiques et un excès de corps protéi-
« ques dans la nourriture ». Donc, chez nos malades qui
étaient de gros mangeurs, qui mangeaient surtout de la
viande, nous devons incriminer la mauvaise hygiène ali-
mentaire, d'autant plus qu'un régime végétarien a fait
disparaître tous les accidents.

Cependant, pour d'autres auteurs, l'acide urique n'est
point un produit de dédoublement des nucleïnes ; c'est
un produit d'oxydation incomplète.

L'acide urique est un terme intermédiaire entre les al-
buminoïdes. Par le fait d'une oxydation incomplète, les
matières albuminoïdes, au lieu de passer à l'état d'urée,
n'ont été transformées qu'en acide urique ; cet acide
urique, par une oxydation plus complète se dédoublerait
et formerait en même temps de l'urée.

Pour M^r le D^r Comby, en effet, « l'insuffisance des com-
« bustions organiques se traduit par l'excès d'acide uri-
« que et d'urates dans la circulation ».

Puis le D^r Comby, après avoir rappelé les manifesta-
tions diverses de l'Uricémie continue ainsi : « quelle que
« soit la diversité de ces accidents, n'est-il pas légitime
« de les grouper ensemble, ne faut-il pas les considérer
« tous comme membres de la même famille ? N'y a-t-il
« pas dans les humeurs, dans le sang, des malades, une
« altération identique qui serait le lien pathogénique de tous
« les désordres ? Pour ma part, j'en suis convaincu et les
« analyses d'urines qui ont été faites nous autorisent à
« incriminer la combustion incomplète des déchets de

« l'organisme, c'est-à-dire l'intoxication uricémique (*lithæmia des américains*) ».

L'uricémie ne peut être et n'est donc qu'une intoxication. L'acide urique joue-t-il le seul rôle dans cette intoxication? La xanthine, l'hétéroxanthine, la paraxanthine ces bases xanthiques jouent-elles aussi un rôle? et quel rôle jouent-elles? Rachford a répondu à ces diverses questions, et, ce sont les idées de cet auteur que nous demandons l'autorisation de reproduire. « Quelques-uns des symptômes (lithémiques) » sont dus à l'acide urique; la plupart d'entre eux « sont dus à d'autres causes. Dans mon journal, j'ai « essayé de séparer les symptômes produits par l'acide « urique des symptômes toxiques. Rien ne prévaut plus « dans l'esprit médical que le sophisme qui veut que l'acide « urique soit toxique. L'acide urique et ses sels sont des « corps inertes; ils sont incapables de déterminer des « symptômes toxiques ou nerveux lorsqu'on les introduit « dans le sang ou dans les tissus d'un animal. Les seuls « changements pathologiques, ou les seuls symptômes « que peut produire l'acide urique sont dus à l'insolubilité « de l'acide urique ou de ses sels dans le sang. De tous « les corps alloxuriques, l'acide urique et les sels de « l'acide urique sont les plus insolubles. Les corps « alloxuriques délétères auxquels je fais allusion sont « très solubles, et sont par suite promptement dissous « dans le sang; ils se mettent ainsi en contact avec les « tissus nerveux et produisent des symptômes nerveux.

Ces corps alloxuriques délétères auxquels le Dr Rachford fait allusion ne sont autres que les corps xanthiques, la xanthine, l'hypoxanthine, la paraxanthine et

l'hétéroxanthine. La paraxanthine et l'hétéroxanthine séparées des urines des malades dans le cours de l'accès produisent chez des souris qui ont été inoculées par ces corps les mêmes symptômes toxiques que ceux présentés par les malades. « Dans les urines émises immédiatement après les « maux de tête lithémiques, les épilepsies « lithémiques, et, dans d'autres manifestations lithémiques « des plus sérieuses, la xanthine, la paraxanthine, l'hétéroxanthine peuvent être trouvées en excès énorme eu « égard aux quantités normales de ces substances que l'on « trouve dans les urines des individus non lithémiques » « Rachford ». On voit donc que, pour Rachford, ce sont ces corps xanthiques qui jouent le principal rôle dans l'intoxication uricémique : se dissolvant rapidement dans le sang, ils produisent les symptômes toxiques en agissant sur les centres nerveux. Chez les individus qui ne sont point lithémiques, l'intoxication ne peut avoir lieu ; ces corps xanthiques, que nous retrouvons dans l'urine en grande quantité lorsqu'il s'agit de manifestations lithémiques, sont en quantité très faible dans l'urine normale. Il est juste d'ajouter qu'en outre des corps xanthiques, qui sont, pour lui, des poisons, Rachford a trouvé aussi dans les urines des individus lithémiques « un lourd dépôt d'urates ».

Au sujet de la pathogénie, M. le Dr Comby dit dans son article : « La phogénie est loin d'être élucidée complètement. On incrimine à bon droit, il me semble, l'acide « urique ou lithique, élément quaternaire, azoté, dont les « combinaisons avec la soude forment la plupart des dé« « pôts urinaires. Mais on ne sait pas encore bien com-

« ment agit ce produit de combustion imparfaite, et sur-
 « tout s'il agit seul dans les intoxications admises par
 « tout le monde. Il est possible, ajoute M. le D^r Comby,
 « que l'acide urique ne soit point seul en cause, et, qu'il
 « faille faire intervenir la xanthine, les leucomaïnes, etc.,
 « La chimie organique nous dira peut-être un jour ce
 « qu'il faut en penser ».

En résumé, nous plaçant au point de vue clinique uni-
 quement, l'uricémie est une manifestation de l'arthritisme,
 manifestation qui survient chez des enfants dont les pa-
 rents sont des arthritiques avérés. Cette manifestation de
 l'arthritisme survient surtout dans la seconde enfance, et
 elle frappe des enfants appartenant à un milieu social
 élevé ; « l'arthritisme est la rançon du bien-être » « Comby ». Que cette manifestation, spéciale de l'arthritisme soit une
 auto-intoxication, nous l'admettons avec M. le D^r Comby ;
 que l'acide urique soit seul en cause dans cette intoxica-
 tion, ou qu'il faille faire intervenir les corps xanthiques,
 nous ne pouvons porter sur ce point délicat un jugement
 qui pourrait paraître téméraire. En tout cas « l'excès
 d'acide urique et d'urates alcalins dans la circulation ».

(Comby) joue un rôle important dans la pathogénie de
 l'uricémie des enfants. Chez l'adulte, cet excès d'acide
 urique et d'urates dans le sang, les humeurs et les tissus
 aboutit à la goutte ; chez l'enfant, les manifestations clas-
 siques de la goutte sont exceptionnelles, « et, il ne faut
 « pas attendre son apparition pour reconnaître l'arthri-
 « tisme infantile » (Comby). Il a y donc un lien pathogéni-
 que qui relie la céphalalgie uricémique à la goutte de
 l'adulte ; dans les deux cas, en effet, il y a excès d'acide
 urique, et d'urates alcalins.

DIAGNOSTIC — PRONOSTIC

« Le diagnostic se fait, non seulement par l'étude des « symptômes en eux-mêmes, mais encore par la notion « des antécédents héréditaires et personnels » Comby. Ainsi donc le symptôme céphalalgie que nous avons étudié en tant que manifestation spéciale de l'uricémie n'a de valeur réelle qu'à la condition d'être associé à des manifestations para-arthritiques, par exemple, et d'éclore sur le terrain arthritique.

Nous avons vu dans les chapitres précédents que le terrain sur lequel avait poussé l'uricémie était un terrain qui ne demandait qu'à favoriser la naissance de cette manifestation arthritique; tous les enfants dont nous avons donné les observations avaient tous des parents arthritiques.

Les antécédents héréditaires pouvaient donc nous fournir déjà un élément de diagnostic.

Peut-être eux-mêmes présentaient-ils, en même temps que l'uricémie, des manifestations para-arthritiques, les petits signes de l'arthritisme signalés par M. le Dr Comby, dans son chapitre de l'arthritisme.

Ne faut-il point « saisir l'ébauche et les prodromes » de l'arthritisme « chez ces enfants pâles, lymphatiques, « gros et mous qu'on nous présente quelquefois ? » (Comby).

Les enfants dont nous rapportons l'histoire ne paraissent point rentrer dans la catégorie des enfants lymphatiques gros et mous ; un de ces enfants est pâle, il est vrai (Observation IV) ; les autres sont des enfants forts (observation III) ou nerveux (deux premières observations), issus de parents arthritiques.

Au nombre des manifestations arthritiques, M. le Dr Comby mentionne l'exagération ou l'irrégularité de l'appétit ; les enfants arthritiques sont « souvent boulimiques, dit M. le Dr Comby, se livrent aux excès de table, sont sujets aux indigestions ». Un de nos malades a toujours eu bon appétit ; jamais de vomissements, (observation I). Un autre mange peu et boit beaucoup, (observation II). « C'est un gros mangeur, glouton, mangeant surtout de la viande » que l'enfant qui fait l'objet de l'observation III.

L'observation IV nous montre une enfant qui ayant eu la coqueluche va à la campagne et mange beaucoup pendant son séjour à la campagne, séjour de courte durée ; à son retour à Paris, elle maigrit de sept cents grammes.

Voyons, quelles sont les autres manifestations para-arthritiques et, cherchons celles que présentent nos malades.

« On note une constipation habituelle ou des alternatives de diarrhée et de constipation, des borborygmes, du ballonnement abdominal, de l'écasie gastrique, des coliques intestinales, des poussées d'entérite glaireuse. « On note encore des fluxions soudaines aux yeux, à la pituitaire, des poussées de conjonctivite et de coryza spasmodique (étternuements répétés épistaxis), des sueurs profuses. Les enfants sont très sensibles au froid, s'en-

« rhument souvent, sont pris de toux spasmodiques, de
« pharyngite, de laryngite, de laringo-trachéite. C'est dans
« cette classe de jeunes arthritiques qu'on est exposé à
« rencontrer les troubles de croissance ou de surmenage
« intellectuel : ostéo-arthralgies, lassitudes, céphalées,
« apathie, neurasthémie. Les enfants arthritiques sont
« prédisposés aux engelures, à l'urticaire, à l'acné, au
« purpura. Chez les garçons, on verrasurgir des hémor-
« rhoïdes et chez les filles de la chlorose. Lancereaux
« insiste sur les spasmes de la vessie, les pertes sémina-
« les, les névralgies, les œdèmes sous-cutanés. Plus tard
« on aura la calvitie, les fluxions articulaires, les pous-
« sées d'hydarthrose ou d'arthrite sèche, (gonflements, cra-
« quements, raideurs des jointure), l'albuminurie cyclique.
« Tous ces accidents peuvent s'expliquer par un trouble
« de la nutrition générale, et notamment par *l'uricémie*,
« qui est habituelle chez les arthritiques », (Comby) ».

Ainsi toutes ces manifestations paro-arthritiques re-
connaîtraient pour cause habituelle l'uricémie ; les mani-
festations para-arthritiques énumérées ci-dessus qui se
présenteront chez nos malades seront donc dues à l'uri-
cémie ; ces manifestations constitueront en quelque sorte
ce que M. le Dr Comby a cru devoir appeler les petits
signes de l'arthritisme ; M. le professeur Dieulafoy a
réuni sous le nom de petits accidents ou de petits signes
du brightisme « les symptômes en apparence peu impor-
« tants, qui marquent souvent le début de la maladie de
« Bright et qu'on peut retrouver à toutes ses phases »
(Dieulafoy). De même que les petits signes du brightisme
« marquent souvent le début de la maladie de Bright »,

de même les petits signes de l'arthritisme marqueront souvent le début de l'arthritisme. Ils ne constitueront point une manifestation diathésique habituelle, telle que la migraine, l'obésité, l'asthme, le diabète, la goutte; ce seront des indices qui montreront que cette manifestation peut se produire. Ils aideront au diagnostic parce qu'ils indiqueront que le terrain sur lequel ils poussent est un terrain arthritique; puis, une fois qu'ils auront été constatés, le médecin devra se demander s'ils doivent être rattachés à l'uricémie, ou à une autre manifestation de la diathèse arthritique.

Chez nos malades atteints de crises paroxystiques de céphalalgie uricémique, nous allons passer en revue les manifestations para-arthritiques qu'ils ont présentées. Evidemment ici, ces manifestations para-arthritiques se rattachent à l'uricémie; seulement, nous disons que la manifestation prédominante, c'est-à-dire la céphalalgie constitue un véritable syndrome parce qu'elle se manifestait sous forme de crises paroxystiques quelquefois périodiques (Observation III), parce que ces crises attiraient seules toute l'attention des parents du malade et du médecin.

Dans nos observations, nous avons trouvé deux fois une constipation opiniâtre (observation II; observation IV); dans l'observation I, nous trouvons qu'au début, notre malade avait une toux nerveuse, un véritable aboiement qui a disparu tout seul; cet aboiement rappelait la toux hystérique. Les enfants arthritiques sont, dit M. le Dr Comby, « très sensibles au froid; ils s'enrhument souvent, « sont pris de toux spasmodiques, de pharyngite, de laryn-

« gite, de trachéite ». Entre ces toux spasmodiques signalées par M. le Dr Comby et la toux nerveuse dont a été atteint au début notre malade, entre ces deux phénomènes pathologiques y-a-t-il une relation, une identité ? Cette toux nerveuse du début aurait-elle été un prodrome de la manifestation arthritique qui devait frapper le malade ; ou bien l'apparition de cette toux nerveuse qui rappelait la toux hystérique est-elle un symptôme de l'hystérie ? Est-ce que la céphalalgie uricémique pourrait, de même que la migraine vraie, être associée à des stigmates névropathiques. Il nous semble qu'il pourrait en être ainsi, puisque la céphalalgie uricémique n'est en réalité que le second type de clinique de la migraine décrit par Rachford sous le nom de névralgie migranoïde. « La migraine des
« enfants peut résulter de la goutte, de l'asthme, de la
« névropathie des ascendants. On voit des enfants migraineux présenter l'anesthésie du pharynx, le strabisme et
« autres stigmates névropathiques. La migraine tient à la
« fois au rameau nerveux et au rameau arthritique de la
« souche commune neuro-arthritique » (Comby). Aussi il nous semble que cette toux nerveuse rappelant la toux hystérique ne peut être assimilée à la toux spasmodique consécutive à un rhume ; cette toux nerveuse ne peut être rangée au nombre des manifestations para-arthritiques.

Il y a deux manifestations para-arthritiques que nous avons trouvées dans nos observations, et que nous allons signaler maintenant. Il s'agit de l'albuminurie et des dermatoses.

« Du côté du rein, il faut mentionner l'albuminurie in-

« intermittente cyclique, maladie de Pary, qui se rencontre
« principalement chez les adolescents de souche arthriti-
« que, et coïncide parfois avec l'uricémie » (Comby). Evi-
demment, les enfants qui font l'objet de nos observations
sont tous des arthritiques.

Quelques-uns ont présenté de l'albuminurie ; seulement
ont-ils été atteints d'albuminurie intermittente cyclique ?
J. Tessier, dans le *Lyon Médical* de 1887, et dans le *Bulle-
tin Médical* de la même année a traité cette question de
l'albuminurie cyclique. Tous les enfants dont il rapporte
l'observation sont de souche arthritique ; il mentionne
en particulier l'observation d'une jeune fille de dix-sept
ans de souche arthritique, et qui, en même temps
qu'elle était atteinte d'albuminurie cyclique, avait la mi-
graine et présentait de l'eczéma. Cette jeune fille n'avait
point d'albumine le matin, et avait de l'albumine l'après-
midi.

Tous les malades qu'il a observés étaient dans les mê-
mes conditions, c'est-à-dire étaient des arthritiques et pré-
sentaient de l'albuminurie cyclique. Nos malades ont-ils
présenté de l'albuminurie cyclique ? La présence de l'al-
bumine a été constatée ; seulement, cette présence, à
quelle heure de la journée a-t-elle été constatée ? nous
l'ignorons. L'heure de la journée à laquelle on trouve de
l'albumine est assez importante dans ce cas ; en effet,
« le matin, avec l'acide nitrique, on obtient du nitrate d'u-
« rée, mais pas d'albumine ; vers midi, une heure après
« le déjeuner, albuminurie ; vers cinq ou six heures, plus
« d'albuminurie » (Comby). En outre, dans l'albuminurie
intermittente cyclique, il y a « élimination exagérée de

« matières colorantes, d'urates, d'urée, albuminurie » (Comby). Les analyses d'urine que nous donnons indiquent une élimination exagérée d'urates, d'urée ; seulement, au lieu que ces analyses d'urine nous révèlent la présence de 30, 40, 50 centigrammes d'albumine, quantité d'albumine qui se rencontre dans l'albuminurie intermittente cyclique, ces analyses nous révèlent la présence de traces d'albumine (observation I), ou la présence d'une quantité très faible d'albumine (5 centigrammes par litre ; observation IV). En résumé, si deux de nos malades, bien qu'arthritiques, n'ont point été atteints d'albuminurie cyclique, ils ont présenté de l'albuminurie, albuminurie légère, il est vrai. On pourrait peut-être en conclure qu'une albuminurie légère peut parfois coïncider avec l'uricémie ; dans d'autres cas, ce serait l'albuminurie cyclique intermittente qui coïnciderait avec cette affection.

Il ne nous reste plus à signaler que l'eczéma au nombre des manifestations para-arthritiques qui ont atteint nos malades. « L'appareil tégumentaire est souvent frappé, « car c'est un émonctoire. On note des sueurs abondantes, « des éruptions prurigineuses et lichénoïdes, des poussées « d'eczéma alternant quelquefois avec des poussées d'asthme. L'eczéma tenace et récidivant des enfants est « souvent d'origine arthritique et uricémique » (Comby). M. le Dr Comby dit encore : « Ces dermatoses dénotent « l'arthritisme et il ne faut en chercher la cause ni dans « le régime de la nourrice, ni dans la qualité de son lait, « mais dans les antécédents héréditaires de l'enfant, « dans la goutte de son père, dans la migraine de sa « mère ».

Un de nos malades (observation II) a présenté un eczéma d'origine arthritique et uricémique. Notre malade en effet qui vers l'âge de neuf ans, a eu des crises de céphalalgie uricémique, a présenté vers l'âge de six semaines un eczéma des membres supérieurs et de la face; cet eczéma a persisté jusqu'à l'âge de 4 ans, il était très purigineux.

Au moment où ont apparu ces crises de céphalalgie uricémique, c'est-à-dire à neuf ans, l'enfant avait de l'eczéma lichénoïde à la face interne des cuisses. Tels sont les petits signes de l'arthritisme que nous avons à signaler chez nos malades.

Ainsi jusqu'ici, nous avons trouvé deux éléments de diagnostic :

1° Nous trouvons un élément de diagnostic dans la recherche des antécédents héréditaires des malades : lorsque les parents sont des arthritiques, les enfants héritent de la diathèse, et le médecin sera, par ce seul fait, appelé à rechercher si les affections présentées par ces enfants ne doivent point reconnaître la même origine.

Nous avons vu combien cette recherche des antécédents héréditaires était importante, puisque tous nos malades comptaient parmi leurs ascendants des arthritiques.

2° Nous trouvons un autre élément de diagnostic dans les manifestations, les affections para-arthritiques, dans les petits signes de l'arthritisme. Un seul de ces signes peut suffire quelquefois à mettre le clinicien sur la voie du diagnostic ; un eczéma tenace, prurigineux doit faire songer à l'arthritisme.

Ces petits signes permettent d'affirmer l'existence de

l'arthritisme qui tôt ou tard se révélera par une de ses manifestations habituelles, telles que l'obésité, l'asthme, la migraine, le diabète, et, si ces petits signes existent au moment où éclatera la manifestation de la diathèse arthritique, ils présenteront une valeur d'autant plus grande que le diagnostic de la manifestation diathésique sera plus difficile ; c'est ainsi que dans l'uricémie, ils acquièrent une grande valeur.

« Les indices de l'uricémie chez les enfants ne sont pas « habituellement d'une netteté absolue, il faut les cher-
« cher avec patience, et pour les découvrir, nous devons
« faire appel à toute notre sagacité de clinicien » (Comby).

Aussi devons-nous avoir recours aux petits signes de l'arthritisme que nous avons signalés chez nos malades. Ces deux éléments de diagnostic indiquent la nature du terrain sur lequel sont écloses les manifestations symptomatiques ; grâce à ces deux éléments, nous pouvons dire que le malade est un arthritique ; ce qu'il nous faut maintenant, c'est faire le diagnostic différentiel entre les manifestations habituelles de la diathèse arthritique. Les deux éléments de diagnostic nous permettent de dire que la manifestation symptomatique dominante est de nature arthritique ; comment pouvons-nous différencier telle manifestation arthritique de telle autre ?

Nous avons vu que la céphalalgie uricémique est une névralgie migrancide (neuralgia migranous) ; la céphalalgie uricémique ne serait donc qu'une forme de la migraine.

Dans la migraine vraie, on observe une céphalalgie rarement héli-cranienne chez l'enfant, plutôt diffuse et

occupant généralement toute la région frontale. Cette céphalalgie est périodique, c'est-à-dire revient par accès plus ou moins éloignés ; et, ces accès, qui ont une durée plus courte chez l'enfant que chez l'adulte, s'accompagnent de nausées et de vomissements, quelquefois de troubles oculaires (migraine ophtalmique). Dans la névralgie migranoïde (*neuralgia migranous* de Rachford, il n'y a ni nausées, ni vomissements, ni troubles oculaires ; la céphalalgie seule persiste.

« J'insisterai sur ce fait, dit Rachford, que les maux de « tête lithémiques, (migraine), (I would ask special atten-
« tion to the fact that lithaemichædaches (migraine) may
« be divided et.), peuvent être divisés en deux types
« cliniques distincts ». Il distingue alors la migraine vraie caractérisée par de la céphalalgie, avec nausées, vomissements, de la névralgie migranoïde qui est caractérisée
« par un violent mal de tête parosystique sans symptô-
mes gastriques d'aucune sorte ».

Nous avons dit au chapitre de la description du syndrome que les malades qui ont été atteints de céphalalgie uricémique, et, dont nous rapportons l'histoire avaient présenté le second type clinique de la migraine décrit par Rachford. Leurs antécédents arthritiques, la céphalalgie paroxystique qu'ils ont accusée, la durée variable des accès de céphalalgie, quelquefois une certaine périodicité dans le retour des crises (observation III), les manifestations para-arthritiques qu'ils présentaient au moment de leurs crises de céphalalgie, tous ces caractères étaient en faveur d'une manifestation de la diathèse arthritique en général, et, de la migraine fruste, en particu-

lier. Il s'agit, en effet, d'une forme de migraine, sans nausées, sans vomissements. La céphalalgie existe seule ; elle est paroxystique (observations II, III et IV) ; dans l'observation I, les crises ont revêtu à plusieurs reprises la forme de véritables crises névralgiques.

Avec quelles autres affections est-il possible de confondre cette migraine fruste ? Bien entendu, au point de vue clinique, il s'agit d'une « névralgie migranoïde », pour employer l'expression de Rachford ; néanmoins, nous ne devons point oublier que cette « névralgie migranoïde » appartient au groupe des maux de tête lithémiques signalés par Rachford dans la symptomatologie de l'uricémie.

Nous distinguerons donc cette migraine fruste, du groupe lithémique, de la migraine vraie, par les caractères suivants : dans la migraine fruste, il n'y a ni nausées, ni vomissements ; la périodicité des accès est loin d'être marquée dans tous les cas.

Dans la migraine vraie, les accès durent de quelques heures à quarante-huit heures ; les accès dont nos malades ont souffert n'ont jamais duré plus de vingt minutes.

Ce sont des crises paroxystiques de céphalalgie sans nausées, sans vomissements, sans périodicité aussi marquée que dans la migraine vraie, et, dont la durée peut quelquefois avoir la rapidité de l'éclair, rappelant ainsi de véritables crises névralgiques ; d'où la dénomination de névralgie migranoïde par le Dr Rachford. Leur localisation n'a jamais été précise, excepté dans un cas où le malade accusait une céphalalgie qui occupait le sommet de la tête.

Tels sont les caractères différentiels qui existent entre la migraine vraie et la céphalalgie uricémique que nous avons classée au nombre des céphalées migranoïdes. La céphalalgie uricémique au second type clinique de la migraine décrit par Rachford sous le nom de névralgie migranoïde. Il nous reste donc à différencier la céphalalgie uricémique des céphalées migranoïdes qui peuvent se rencontrer dans d'autres affections.

Une variété de céphalalgie migranoïde se rencontre dans l'hystérie ; il est d'autant plus important de faire le diagnostic différentiel entre la céphalalgie uricémique et la céphalalgie dûe à la migraine que, parmi les antécédents héréditaires des hystériques, on rencontre non seulement l'hérédité nerveuse, mais encore l'alcoolisme, la tuberculose, la syphilis, et, l'arthritisme (migraine, goutte, diabète, asthme).

Chez les enfants hystériques, la céphalalgie revêt la forme d'une douleur vague, frontale ou en casque, douleur qui est continue ou rémittente, sans photophobie, sans nausées, sans vomissements, sans périodicité.

Puisque la céphalalgie hystérique n'est accompagnée ni de photophobie, ni de vomissements, puisqu'elle n'est ni périodique, ni hémicrânienne, elle ne saurait être confondue avec la migraine vraie. Comment allons-nous la différencier de la céphalalgie uricémique ? La céphalalgie uricémique et la céphalalgie hystérique ne sont point associées à des nausées, à des vomissements ni à la photophobie.

Cependant dans certains cas de céphalalgie uricémique, nous pouvons trouver une certaine périodicité (obser-

vation III); nous n'en trouvons point dans la céphalalgie hystérique.

La céphalalgie hystérique est une céphalalgie vague, frontale ou en casque, continue ou rémittente ; elle peut aussi être opiniâtre. La céphalalgie uricémique n'apparaît le plus souvent que sous forme de violents accès paroxystiques. La céphalalgie hystérique peut être associée à d'autres manifestations hystériques ; la céphalalgie uricémique a été associée (observation I) à des troubles nerveux. En même temps que la céphalalgie, l'enfant a présenté, en effet, un véritable aboiement rappelant la toux hystérique.

C'est la seule observation où nous ayons rencontré l'association d'une manifestation hystérique et de la céphalalgie uricémique ; aussi, d'une manière générale, pouvons-nous dire que les manifestations hystériques associées à la céphalalgie indiquent la nature de cette dernière. « Enfin l'analyse détaillée des urines viendra éclairer la pathogénie » (Comby).

Dans l'hystérie, on a signalé l'augmentation des phosphates terreux par rapport aux phosphates alcalins (Gilles de la Tourette) ; ici, les analyses d'urine montrent bien qu'il s'agit de la diathèse urique.

Parfois certains enfants trop gâtés par leurs parents cherchent à faire croire, pour se rendre intéressants, qu'ils souffrent de douleurs de tête ; ils simulent donc la céphalalgie ; quelquefois même ils exagèrent ce symptôme. Ces céphalées ont une marche irrégulière et sont sans localisation nette ; aussi ne peuvent-elles être confondues avec les violents paroxysmes par lesquels se manifeste la

céphalalgie uricémique, céphalalgie qui persiste pendant de longs mois, et, ne rétrocede que sous l'influence du traitement.

La céphalalgie peut encore coïncider avec l'anémie et la chlorose ; les malades dont nous rapportons l'histoire n'avaient ni le faciès jaunâtre, ni le teint jaune des mains, ni la décoloration des muqueuses des lèvres, des gencives, ni la pâleur générale du corps ; ils ne présentaient point tous ces symptômes si caractéristiques de la chlorose. Leur visage ne présentait point la pâleur terne et mate de l'anémie. Ils n'étaient donc ni chlorotiques, ni anémiques.

La céphalalgie présentée par nos malades était-elle due à l'asthénopie accommodative ? Si cette céphalalgie était attribuable à l'asthénopie accommodative, elle n'aurait point disparu à la suite du régime alimentaire qui a été institué ; cette céphalalgie fronto-orbitaire qui survient au moment de la lecture et de l'écriture, et qui survient surtout à la lumière, n'aurait dû disparaître qu'avec le repos visuel et des lunettes appropriées.

La dyspepsie chronique se rencontre souvent à l'origine des céphalées de la seconde enfance ; quelques-uns des enfants qui ont présenté de la céphalalgie uricémique étaient en même temps des dyspeptiques (observations II, III et IV).

La dyspepsie qui se manifeste chez les uricémiques ne prouve point que la céphalalgie soit de même nature, c'est-à-dire reconnaisse pour cause la dyspepsie ; en effet, dans l'étiologie de l'uricémie, nous avons fait jouer un rôle important à la mauvaise hygiène alimentaire. Nous

avons signalé, dans le cours de cette étude, l'opinion d'Upshur concernant la dyspepsie dans l'uricémie. Pour lui, en effet, quelques-uns des cas de dyspepsie acide doivent être rapportés à l'élimination de l'acide urique. L'analyse détaillée des urines jouera donc un rôle important dans ce cas. Enfin, nous ne retrouvons point chez les enfants présentant de la céphalalgie dyspeptique les violentes crises de céphalalgie paroxystique que nous avons notées chez nos malades.

Ce caractère paroxystique manque également aux céphalogies migranoïdes de la céphalalgie de naissance, de la méningite, des tumeurs cérébrales. Nous terminerons la série des diagnostics différentiels en nous demandant si la céphalalgie de nos malades est attribuable à la néphrite aiguë. Nous avons noté chez eux albuminurie très légère. Nous nous sommes demandé déjà s'il y avait de l'albuminurie transitoire, de l'albuminurie cyclique, et nous n'avons point cru pouvoir l'affirmer ; y avait-il néphrite aiguë ? Nous ne le pensons point davantage. Si nos malades ont présenté de la céphalée, ils n'ont eu ni fièvre, ni douleurs lombaires, ni vomissements ; ils n'ont jamais présenté d'œdème de la face, ni des extrémités. L'état général a toujours été bon chez nos malades. La quantité d'albumine a été faible. Dans les urines, on n'a jamais relevé la présence de cylindres hyalins, granuleux, fibreux ou celle de globules rouges.

En ce qui concerne le pronostic, nous ne pouvons mieux faire que de citer l'opinion de M. le Dr Comby : « Le pronostic n'est pas grave dans le présent, mais il « implique des réserves pour l'avenir. Les uricémiques.

« sont marqués d'une tare constitutionnelle qui appelle
« toute la sollicitude de l'hygiéniste et du médecin. Leur
« avenir pourra être bon, médiocre ou mauvais suivant
« les soins dont ils auront été entourés, suivant la vie
« qu'ils auront menée. Il dépend d'eux et de leur entou-
« rage que la diathèse aille en s'atténuant ou en s'aggra-
« vant, qu'elle avance ou qu'elle rétrocede, qu'elle reste
« stationnaire ou suive une marche ascendante, qu'elle
« s'affaiblisse avec les années, ou au contraire se ren-
« force, et engendre des manifestations de plus en plus
« sévères. Après cela on comprendra l'importance du
« traitement ».

TRAITEMENT

Le traitement de l'Uricémie a pour but de diminuer la quantité excessive d'acide urique que les analyses d'urine ont mise en évidence dans les urines des uricémiques; ce sont les méthodes employées pour arriver à ce résultat que nous étudierons. Le traitement du syndrome qui a fait l'objet de cette étude, c'est-à-dire de la céphalalgie uricémique, passera ainsi au second plan ; et, c'est le traitement de l'uricémie que nous voulons embrasser dans son ensemble.

D'ailleurs, en indiquant le traitement général de l'uricémie nous montrerons par là-même quel doit être le traitement de la céphalalgie uricémique qui n'est qu'une manifestation de l'intoxication uricémique. Outre, les moyens hygiéniques et pharmaceutiques qui seront signalés plus loin et qui nous serviront à combattre l'uricémie, nous combattons la céphalalgie paroxystique par le repos absolu du malade qui présente cette céphalalgie, et par l'interruption de ses travaux scolaires.

Toute notre action thérapeutique contre la céphalalgie uricémique se bornera là ; c'est contre l'uricémie elle-même que nous allons diriger tous nos efforts.

« Avant de parler du traitement, disons un mot de la prophylaxie » (Comby).

Bien avant qu'un enfant sur lequel pèse un héritage fâcheux ait présenté des accidents, le médecin doit le soumettre à une hygiène convenable, surveiller de près son alimentation, prolonger l'allaitement naturel ou artificiel, et se garder de commencer trop tôt l'alimentation carnée.

« Même quand l'enfant est sevré depuis longtemps et
« témoigne d'une préférence marquée pour les viandes
« rouges, les mets échauffants, épicés, les sauces de haut
« goût, on lui refusera ces aliments qui favorisent la pro-
« duction exagérée de l'acide urique. On écartera sur-
« tout la suralimentation et on recommandera la plus
« stricte sobriété. Repas réguliers et en petit nombre
« (3 ou 4) ; mets choisis et de facile digestion ; pas de
« vins ni liqueurs alcooliques ; de l'eau ou du lait comme
« boissons. Régime végétarien mitigé : viandes blanches,
« poissons, œufs, laitages, légumes farineux, fruits cuits,
« etc. On usera très modérément du thé, du café, qui
« sont énervants. On interdira la charcuterie, le gibier et
« les viandes faisandées, les salades et crudités, l'oseille,
« les tomates, etc ». (Comby).

Tel est le régime conseillé par M. le Dr Comby : Hefron, dans « *the Medical News* du 2 juillet 1898 a publié un article important sur le traitement de l'uricémie. C'est le travail de cet auteur que nous allons résumer maintenant.

« Dans cette discussion, dit l'auteur, le problème que
« je pose moi-même réside tout entier dans la direction
« convenable à imprimer à l'existence journalière d'une
« grande classe d'individus qui présentent des maux dont

« l'origine provient d'un métabolisme imparfait et d'une « excrétion défectueuse de déchets azotés ».

Nous allons donc voir quel est le régime conseillé par Heffron ; puis nous parlerons des médicaments conseillés par les divers auteurs dans cette affection.

Heffron commence par dire qu'il n'y a point un traitement immuable dans l'Uricémie ; les individus uricémiques peuvent être pléthoriques, gras et vigoureux ; ils peuvent être anémiques, minces et décharnés tels que le maigre Cassius ; ou bien, ils peuvent avoir l'apparence d'athlètes, forts de corps et bons vivants. Il en résulte que les divers auteurs qui ont traité ce sujet ont émis des idées contradictoires.

Pour Heffron, les indications du traitement consistent à éliminer l'excès d'acide urique et de prévenir sa formation. Or, l'excès d'acide urique est dû à une trop libre consommation de nourriture contenant de l'acide urique.

Il est dû aussi à certaines matières de consommation qui donnent par elles-mêmes à des digestions imparfaites, qui produisent de la fermentation et de l'acidité ; elles diminuent ainsi l'alcalinité normale du sang, et empêchent l'élimination parfaite à travers les émonctoires naturels des déchets azotés ; la régularité dans l'existence s'impose donc et est de la plus grande importance. Tous les auteurs sont d'accord sur ce sujet.

Il n'est point possible de formuler des règles générales aux gras, aux maigres ou aux forts, aux faibles ou aux pléthoriques ou encore aux anémiques. Heffron interdit aux uricémiques les bouillons, les extraits de viande qui ne peuvent qu'entraver l'élimination par suite de la sur-

charge des organes ; interdit aussi les rognons, le foie et le pâtre de foie de gras ; ces aliments augmentent l'excrétion de l'acide urique. Heffron exclut les fruits acides ; il exclut également les bières et les vins à cause de leur acidité. Chez les uricémiques, en effet, ils entravent la digestion. Dans l'uricémie prononcée, Heffron exclut le thé, le café, le chocolat et le cacao. « Cliniquement, dit-il, j'ai trouvé que les malades qui présentent des symptômes bien marqués sont mieux sans thé, café, chocolat et cacao ».

Nous avons vu plus haut que M. le D^r Comby dit de ne faire qu'un usage modéré du thé, du café.

Une règle qui peut s'appliquer à tous, sauf au début du traitement des pléthoriques obèses, c'est de prendre de l'eau potable en quantité plus grande qu'à l'ordinaire ; on ne devra point dépasser cinq pintes par vingt-quatre heures.

Si la constipation est habituelle, l'eau sera bue chaude ; on la boira tout doucement par petites gorgées une demi-heure avant chaque repas, et à l'heure du coucher. S'il n'y a point de constipation, on boira de l'eau fraîche ; cette eau ne devra jamais être glacée. On commencera à la boire une heure et demie après le repas, et, on continuera son usage par intervalles jusqu'à une demi-heure avant le prochain repas. M. le D^r Comby est aussi d'avis de surveiller les fonctions intestinales de très près : « on combattra, dit-il, la constipation par des remèdes, si c'est nécessaire, ou l'on cherchera à la prévenir par le régime des légumes verts, des fruits cuits, etc. »

Telles sont les règles générales données par Heffron pour le traitement des uricémiques.

Heffron arrive maintenant à une question importante : dans quelle mesure, devra-t-on permettre aux uricémiques la viande, le poisson, les œufs, le lait et les légumineux ? Comment fera-t-on un choix au milieu de toutes ces substances, et pourquoi établira-t-on telle ou telle sélection ?

« Une certaine proportion de nourriture azotée est, dit
« tout d'abord Heffron, d'une nécessité absolue pour une
« parfaite nutrition.

« Cette variété de nourriture est la seule qui, avec
« l'eau suffit à assurer la nutrition parfaite d'un homme ».

Cependant il reconnaît que la viande a un grand désavantage dans le traitement des uricémiques.

Ce désavantage peut être souvent contre-balancé par la digestion plus facile des tissus, et, chez les dyspeptiques qui sont en même temps anémiques, un libre usage de la nourriture animale donne de meilleurs résultats ; il en est de même chez les malades qui ont une idiosyncrasie pour le lait. Chez les uricémiques dont la maladie est prononcée qui ont leur quantité normale de sang et d'hémoglobine, et, qui n'ont point d'idiosyncrasie pour le lait, il est préférable d'exclure toute viande de boucherie, tout poisson, tout gibier. On remplacera la viande par le lait, le fromage, les œufs, par les légumineux qui seront préparés de manière à être facilement digérés. On continuera ce régime jusqu'à la disparition de l'excès d'acide urique. Puis, lorsque les symptômes seront moins marqués, on

permettra une quantité très modérée de poisson et de viande.

Il faut choisir parmi les catégories de viande et de poissons. Les viandes blanches sont moins nuisibles que les viandes rouges ; on peut permettre le poisson lorsqu'il faut exclure les viandes. La chair des animaux qui ne sont point arrivés à leur développement est plus nuisible que celle des espèces entièrement développées. Tout ce qui précède est le résultat d'observations cliniques.

Il y a des cas où il est nécessaire d'exclure toutes les viandes ; on remplacera alors l'élément de nourriture azotée par le lait et les œufs.

Peut-on permettre le sucre ? On ne permettra point le sucre aux obèses, aux pléthoriques, aux anémiques. On pourra permettre le sucre en petite quantité chez les uricémiques non obèses s'il est facilement digéré et ne produit point de fermentation.

L'usage des pâtisseries sera également défendu.

On permettra l'usage de tous les fruits frais non acides, crus ou cuits ; la rhubarbe, l'oseille, les asperges, les légumes qui contiennent de l'acide oxalique seront exclus du régime des uricémiques.

On doit encourager l'usage des fruits. Les uricémiques dont la diathèse est peu prononcée peuvent faire usage en quantité modérée des fruits même acides ; ils feront librement usage des fruits doux et peu acides. Les uricémiques dont les manifestations constitutionnelles sont marquées s'abstiendront de fruits tels que les fraises, les cerises sûres, les canneberges, les citrons et le raisin. La banane est un fruit de valeur lorsqu'il est possible de

l'avoir bien mûre ; elle contient sept pour cent de matières azotées, et, quand elle est mûre l'amidon et les sucres qu'elle contient sont de digestion très facile. On peut permettre les noix, pourvu qu'elles soient fraîches et de saveur douce.

« Dans le régime des enfants, spécialement des enfants « issus de parents uricémiques, ajoute Heffron, on doit « faire le même choix dans la nourriture à cause de leurs « ancêtres.

« J'ai reconnu que le trop grand usage des mets « com- « posés d'extraits et de jus a été souvent suivi de symptô- « mes prononcés aussi bien chez les enfants que chez les « adultes, et, j'ai reconnu que le succès ne pouvait être « obtenu que dans la régularité du régime ainsi que je « l'ai observé.

« Beaucoup de personnes mangent trop, ajoute Heffron, « et exception faite pour les anémiques et les faibles », la limitation de la quantité totale de la nourriture prise doit être faite ; il faut même la régulariser. Il ne faut point reformer le régime brusquement et radicalement.

« A côté du régime la question d'exercice est la ques- « tion la plus importante ; si les personnes de diathèse « goutteuse pouvaient prendre des exercices suffisants « de manière à se donner une bonne transpiration, et « aider ainsi chaque jour dans le cours de l'année l'élimi- « nation des produits nuisibles à travers la peau, il est « probable qu'aucune des manifestations aiguës de cette « diathèse ne reviendrait ». Heffron conseille la bicyclette, les jeux, le lawn-tennis, le ballon, la pêche, etc. M. le

D^r Comby est aussi d'avis que l'exercice joue un rôle dans le traitement de l'uricémie. « On ne négligera pas les « exercices physiques, dit-il ; on prescrira la vie au grand « air, le séjour à la campagne ; on évitera la claustration « prolongée, la sédentarité, le surmenage cérébral ».

« Quand la faiblesse est trop grande, ajoute Heffron « pour permettre l'usage des exercices physiques actifs. « on devra avoir recours aux mouvements et au massage « suédois ; ils pourront faire le plus grand bien ». « On « devrait apprendre aux uricémiques, dit Heffron, qu'un « bain journalier est nécessaire ». Un bain d'air chaud ou de vapeur d'eau chaude une fois la semaine ou davantage nettoie non seulement la peau, mais encore soulage les reins d'une partie de leur travail déjà trop lourd en débarrassant l'organisme d'une très grande quantité de déchets azotés. Il stimule aussi les centres nerveux. M. le D^r Comby a insisté sur l'utilité des bains. « On fera « fonctionner la peau dit-il, par les bains, les ablutions « froides, le tube, le drap mouillé, les frictions sèches ou « alcooliques ».

Ainsi, les uricémiques en surveillant leur région, en faisant de l'exercice, en faisant fonctionner leur peau par des bains, pourront échapper aux manifestations aiguës de la diathèse dont il a hérité ou qu'il a pu acquérir.

Il ne nous reste plus qu'à parler des médicaments qui peuvent être donnés dans l'uricémie.

« Les alcalins se recommandent avant tout, dit M. le D^r « Comby : bicarbonate de soude ou de potasse, citrate « de potasse, magnésie, carbonate ou de benzoate de « lithine. Ces médicaments seront donnés à doses modé-

« rées pendant 10 ou 15 jours de suite, puis repris après
« un intervalle égal de repos. On se trouvera bien d'a-
« jouter la noix vomique (un centigramme de poudre par
« jour et par année d'âge au maximum). Ce médicament
« a une action très efficace sur l'atonie du tube digestif,
« et il s'associe très bien aux alcalins ».

Voici une formule dont M. le Dr Comby fait souvent usage :

Bicarbonate de soude	} à 0,20 centigrammes.
Magnésie calcinée	

Poudre de noix vomique, trois centigrammes.

Pour un paquet n° 20. L'enfant prend un paquet matin et soir, avant chaque repas, dans une cuillerée d'eau sucrée ou de lait. Cette formule concerne un enfant de six ans. Quand l'enfant a pris, pendant dix jours deux paquets par jour, on suspend l'administration de ces paquets pour les reprendre dix jours après.

Quand M. le Dr Comby donne la lithine, il agit de même ; il donne par jour ou en moyenne 0,10 centigrammes de carbonate ou de benzoate de lithine. Il donne 0,02 centigrammes de lithine par année d'âge.

Tel est le traitement préconisé par M. le Dr Comby chez les enfants ; nous allons voir quels sont les médicaments qui sont conseillés par Heffron dans l'uricémie. Heffron a en vue le traitement des adultes uricémiques ; pour lui, les principes rationnels du traitement sont les mêmes chez les enfants et les adultes. Heffron recommande lui aussi l'usage journalier de quelques alcalins. « S'il y a absence
« de tous symptômes aigus, et si l'urine décèle une pro-
« portion à peu près normale d'acide urique, il suffit de

« boire un verre d'eau au moment de se coucher, eau
« que l'on rendra légèrement alcaline avec du citrate ou
« du bicarbonate de potasse, ou avec du bicarbonate de
« soude ».

Heffron reproche à la lithine d'être moins bien supportée à doses égales que les autres alcalins. Pour Haig, la lithine n'aurait d'autre résultat que de rendre le sang plus alcalin.

Dans l'Uricémie prononcée Heffron recommande l'emploi du salicylate de soude. Pour lui, les salicylates jettent moins le trouble dans les fonctions digestives. Il suffit de donner de petites doses, fortement diluées, doses qui ne seront répétées que deux ou trois fois par jour. Si de vrais symptômes goutteux apparaissent, on donnera les salicylates jusqu'à ce qu'ils aient produit leurs effets physiologiques ; on prescrit aussi le colchique et d'autres remèdes.

Heffron conseille les eaux minérales ; et, sa préférence personnelle est pour l'eau de Vichy. M. le Dr Comby est lui aussi d'avis que « le traitement hydro-minéral
« joue un rôle important ».

Tel est le traitement de l'Uricémie :

« En résumé, dit M. le Dr Comby, c'est sur l'hygiène
« qu'il faut le plus compter pour redresser dans la mesure
« du possible le vice de nutrition qui caractérise l'Uricé-
« mie : hygiène de la digestion, hygiène de la peau, hygiène
« du cerveau, des aliments bien choisis, en qualité convenable, des repas réguliers, une grande sobriété, des
« boissons aqueuses ; des bains, les diverses ressources de
« l'hydrothérapie, au besoin le massage ; les jeux en plein

« air, les exercices physiques ; repos de l'esprit, pas de
« surmenage intellectuel.

« Avec cela et quelques remèdes bienfaisants pour la
« digestion et les fonctions intestinales, on obtient beau-
« coup pour la consolidation d'un organisme mal équi-
« bré et chancelant. »

CONCLUSIONS

Il existe chez les enfants un syndrome caractérisé par des accès paroxystiques de céphalalgie ; ces accès se montrent sous forme de crises dont quelques-unes ont la rapidité de l'éclair et rappellent ainsi de véritables névralgies, tandis que d'autres peuvent durer vingt minutes ; leur durée n'a jamais dépassé vingt minutes ; le plus souvent les crises avaient une durée intermédiaire entre les deux limites que nous venons de signaler. Toujours elles ont apparu chez des enfants ayant toutes les apparences de la santé, et qui comptent dans leurs ascendants des arthritiques.

2° Ces violents accès de céphalalgie sans localisation précise, sans périodicité constante ne s'accompagnant ni de nausées, ni de vomissements, ni de visions lumineuses, rappellent les accès de migraine fruste. Dans la « *Symptomatology of lithaemia* » Pachford a décrit deux types cliniques de maux de tête lithémiques ; « j'insisterai sur ce point, dit-il que les maux de tête « lithémiques (migraine) peuvent être divisés en deux « types cliniques distincts ; nous avons le type qui peut « être désigné sous le nom de mal de tête avec envie de « vomir. Dans cette catégorie de cas, nous observons un

« violent mal de tête paroxystique accompagné de nausées et de vomissements en plus ou moins grand nombre. L'autre type clinique peut être désigné sous le nom de névralgie migranoïde. Dans cette forme, nous avons un violent mal de tête paroxystique sans aucun autre symptôme d'origine gastrique ». Nous avons dit, dans le cours de cette étude que la céphalalgie uricémique répondait à ce second type clinique. Seulement, nous pensons avec M. le Dr Comby que cette forme fruste il est vrai de la migraine est une manifestation importante de l'uricémie des enfants, tandis que Rachford estime que la « migraine qui est un des symptômes des plus communs, et des plus caractéristiques de la lithémie chez l'adulte est une manifestation de moindre importance de ce même état chez les enfants ».

3^e Cette céphalalgie paroxystique est bien attribuable à l'uricémie ; en effet, les ascendants des malades chez lesquels nous avons retrouvé toutes les manifestations de la diathèse arthritique, la goutte, l'eczéma, la migraine, l'obésité, les coliques néphrétiques, les petits signes de l'arthritisme tels que les dermatoses tenaces et prurigineuses que ces malades ont présenté en même temps que leurs violents accès de céphalalgie, la mauvaise hygiène alimentaire, les analyses d'urine qui ont montré une quantité anormale d'acide urique et d'urates, tout semble prouver qu'il s'agit bien là d'une manifestation de l'intoxication uricémique, l'uricémie n'étant d'ailleurs « qu'un excès d'acide urique et d'urates alcalins dans la circulation » (Comby). Le diagnostic doit se

faire avec les affections dont la céphalalgie est un symptôme important;

4° Un traitement rationnel dirigé non point contre les violents accès de céphalalgie, mais contre la diathèse elle-même, suffit le plus souvent à arrêter les manifestations de cette diathèse, et, à consolider un organisme mal équilibré et chancelant. Ce traitement consiste dans le choix de l'alimentation, et, dans l'application de mesures hygiéniques sévères.

Vu : le Président de la thèse,
DEBOVE

Vu par le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

Gigot-Suard. — L'Uricémie, 1875.

Carter. — Derangement of the kidneys in lithœmia of children. The journal of the american. Medical Association, 24 novembre 1894.

Halley. — Uric. acid. in the blood as a Source of Heart Disease.(The Kansas Médical Journal, janvier 1894).

Rachford. — Symptomatology of lithœmia. Archives of Pediatrics, septembre 1897.

Hefron. — The treatment of Uricacidemia. The Médical News, juillet 1898. New-York.

Hutinel. — Semaine médicale, 25 janvier 1899.

Upshur. — Lithœmia .North Carolina Médical Journal, février 1899.

Dunn (John).— Uricacidaemia as the cause of Hay Fever and asthma. North. Carolina Médical Journal Février 1899.

Elgood. — Note on a fatal case of lithaemia poisoning. The Lancet, Février 1899).

Comby. — L'Uricémie chez les enfants. Reprint from « International Contributions to Médical Littérature » Festschrift in honor of A. Jacobi, to Commemorate the 70th Anniversary of his Birth. 1900).

Dieulafoy. — Pathologie Interne.

Bouchard. — Traité de Pathologie Générale. Tome III.

Première partie. Acide urique et bases nucléiques.
Lambling.

Debove et Achard. — Manuel de Médecine.

Grancher, Marfan, Comby. — Traité des Maladies de
l'Enfance.

